Que
Aff soc
Mtn

[Misc pubns]
1978 c 21

PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE

auprès d'enfants et d'adolescents

RECEIVED

La Documentation québécoise
Éditeur officiel du Québec

PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE

auprès d'enfants et d'adolescents

102-00870/

PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE

auprès d'enfants et d'adolescents

Comité d'édition

Laurent Houde
Jocelyn Lindsay
Simon Richer
Paul-Marcel Gélinas
Léon Gilbert

Collection Études et Dossiers

La Documentation québécoise
Ministère des Communications

Éditeur officiel du Québec
Québec, 1978

Cet ouvrage a été
publié sous la direction de
Jacques Maher

Couverture: Francine Taschereau

©Éditeur officiel du Québec, 1978

Tous droits de traduction et
d'adaptation en totalité ou en partie,
réservés pour tous pays. Toute
reproduction pour fins
commerciales, par procédé
mécanique ou électronique, y
compris la micro-reproduction, est
interdite sans l'autorisation écrite de
l'Éditeur officiel du Québec.

Dépôt légal — 4e trimestre 1978
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 0-7754-3209-1

LISTE DES AUTEURS ET COLLABORATEURS

BELANGER, Benoît, m.ps., coordonnateur des services au Centre d'accueil Le Phare, 2916, boul. Hamel, Les Saules, Québec.

BOIVIN, Louise, directrice générale du Carrefour des associations de familles monoparentales du Québec, 890 est, boul. Dorchester, pièce 2320, Montréal.

BOUTHILLIER, Anne-Marie, b.soc., coordonnatrice de projets de recherche au Carrefour des associations de familles monoparentales du Québec, 890 est, boul. Dorchester, Montréal.

BRUNELLE, Christiane, animatrice en santé communautaire au Centre hospitalier de l'université Laval, 2705, boul. Laurier, Sainte-Foy, Québec.

CARRIER, Yves, m.d., chef du département de santé communautaire à l'hôpital du Haut-Richelieu, 920, boul. du Séminaire, Saint-Jean, Québec.

DALLAIRE, Louis, m.d., ph.d., chef de la section de génétique médicale et professeur agrégé au département de pédiatrie de l'hôpital Sainte-Justine, 3175, chemin de la côte Sainte-Catherine, Montréal.

DELVA, Pierre, m.d., m.b.b.s., chef de l'unité de soins familiaux à l'hôpital du Sacré-Coeur, 5400, boul. Gouin ouest, Montréal; professeur de médecine sociale et préventive à l'université de Montréal.

DESROSIERS, Madeleine, m.s.s., travailleuse sociale scolaire au Centre des services sociaux du Montréal métropolitain, 333, boul. Cartier, Laval, Québec.

GARON-DUPONT, Denise, m.éd., éducatrice au niveau préscolaire, étudiante au docto-

rat en sciences de l'éducation à l'université Laval, Québec.

GAUTHIER, Yvon, m.d., psychiatre d'enfants et psychanalyste, directeur du département de psychiatrie de l'hôpital Sainte-Justine, 3100, rue Ellendale, Montréal.

GELINAS, Paul-Marcel, m.s.s., directeur général de l'Association canadienne pour la santé mentale, division du Québec, 550 ouest, rue Sherbrooke, Montréal; membre du comité d'édition.

GILBERT, Léon, m.a.h., m.p.h., secrétaire du Comité de santé mentale du Québec au ministère des Affaires sociales du Québec, 6161, rue Saint-Denis, suite 450, Montréal; membre du comité d'édition.

GLEN-BEDARD, Sylvie, m.ps., psychologue à la Commission des écoles catholiques de Montréal, région nord, 10770, rue Laverdure, Montréal.

HOUDE, Laurent, m.d., psychiatre aux hôpitaux du Haut-Richelieu, Saint-Jean et Sainte-Justine, à Montréal; professeur titulaire de psychiatrie à la faculté de médecine de l'université de Montréal; président du comité d'édition.

LALANDE-TAILLEFER, Denise, m.s.s., travailleuse sociale, chargée de programmes PIPMS, au C.S.S.M.M. scolaire, 2120 est, rue Sherbrooke, Montréal.

LALANNE, Jacques, m.ps., consultant en psychologie, président de l'Institut de développement humain, 3125, rue Joncas, Québec.

LEDUC, Jean-Marie, m.d., psychiatre à la clinique infantile du Pavillon Albert-Prévost, 6555 ouest, boul. Gouin, Montréal.

LINDSAY, Jocelyn, m.s.s., coordonnateur des stages et professeur-adjoint à l'Ecole de service social de l'université Laval à Québec; membre du comité d'édition.

MELANCON, Serge, m.d., pédiatre et généticien, professeur agrégé au département de pédiatrie de l'hôpital Sainte-Justine, 3175, chemin de la côte Sainte-Catherine, Montréal.

PREVOST-GUERIN, Brigitte, m.ps., psychologue à la Commission des écoles catholiques de Montréal, région centre, 5555, 15e avenue, Rosemont, Montréal.

RHEAULT-HEBERT, Elisabeth, b.a., étudiante à la maîtrise de psychologie, université de Montréal.

RICHER, Simon, m.d., psychiatre adjoint, consultant en pathologies précoces du développement au département de psychiatrie de l'hôpital Sainte-Justine, 3100, rue Ellendale, Montréal; professeur agrégé de clinique au département de psychiatrie, université de Montréal; membre du comité d'édition.

SAUCIER, Jean-François, m.d., ph.d., professeur agrégé à la faculté de médecine, université de Montréal, consultant en recherche au département de psychiatrie, hôpital Sainte-Justine, université de Montréal.

VALLIERES, Raoul, m.s.s., travailleur social à la polyvalente de Lévis, 55, rue des Commandeurs, Lévis, Québec.

PREFACE

C'est avec beaucoup de plaisir que je réponds à l'invitation du Comité d'édition et que je transmets au lecteur ces quelques réflexions.

Pour quiconque a oeuvré durant plusieurs années comme psychiatre d'enfants, il est facile de constater l'importance d'une publication qui raconte diverses réalisations de chez nous, visant à promouvoir la santé mentale chez la jeune personne.

En santé physique, notre société a développé avec succès un grand nombre de techniques préventives.

A cause de ses liens très étroits avec les valeurs socio-culturelles du milieu, la santé mentale ne peut être cernée par une définition théorique et universelle, d'où la nécessité d'évaluer des expériences ayant eu cours dans notre société québécoise.

Cet ouvrage paraît à un moment propice où notre gouvernement et, plus spécialement notre ministère des Affaires sociales, consacre de plus en plus d'efforts et d'argent à la prévention en matière de santé publique.

Ce recueil des réalisations québécoises de prévention en santé mentale démontre bien la volonté d'agir qui anime plusieurs de nos "spécialistes de l'enfance", qu'il s'agisse des enseignants ou de ceux qui constituent l'équipe élargie de la santé mentale chez le jeune.

En félicitant celles et ceux qui ont contribué à cet important ouvrage, on me permettra - avec nostalgie - de souligner de façon spéciale, la participation de mes anciens collègues de Sainte-Justine.

Quant à celui qui a coordonné l'apport de chacun des participants - le docteur Laurent Houde - il mérite à la fois nos hommages et notre gratitude: il aura ainsi ajouté un fleuron magnifique à une carrière déjà bien couronnée!!

Puisse la diffusion de ces expériences provoquer une meilleure prise de conscience chez les adultes de l'importance que prend leur comportement dans le façonnement de la personnalité et du caractère du citoyen adulte de demain...

DENIS LAZURE, m.d.
Ministre des Affaires sociales.

PRESENTATION

Pourquoi cet ouvrage?

En 1973, le Comité de la santé mentale du Québec présentait au ministère des Affaires Sociales un document sur la prévention dans le domaine de la santé mentale. Ce document, que le ministère publia par la suite pour le mettre à la disposition du public, tentait de situer la place de la prévention en santé mentale dans le contexte des programmes envisagés par le gouvernement dans le réseau des affaires sociales; on y retrouvait également la description sommaire d'interventions préventives susceptibles d'être utilisées dans notre milieu (1).

Cette publication a suscité un certain intérêt, ce document ayant dû être réimprimé à quelques reprises pour répondre à la demande. Par ailleurs, venaient de divers milieux d'autres demandes pour qu'une suite soit donnée à ce document d'introduction, ceux qui désiraient promouvoir la santé mentale recherchant des modèles concrets d'action préventive bien applicables au Québec. C'est pour répondre à l'expression de ce besoin que le présent ouvrage a été conçu. La notion de prévention en santé mentale est attrayante quand on l'observe de loin mais elle devient facilement confuse lorsqu'on tente de la cerner dans sa concrétude. Si on tente de l'enseigner à de futurs praticiens ou à des praticiens en exercice, de façon à ce que ceux-ci puissent l'appliquer consciemment dans leurs activités professionnelles courantes, elle leur paraît souvent difficile à dégager dans ses attributs spécifiques, ce qui fait qu'on peut malaisément en discuter pour en bien cerner les réalités et partant en évaluer l'efficacité.

Peut-on concrétiser la notion de prévention en santé mentale?

Dans le domaine du développement somatique, les immunisations vaccinales représentent des activités préventives bien identifiées qu'on ne risque pas de confondre avec d'autres activités sanitaires qui en constituent normalement le pourtour. On voudrait bien identifier des activités aussi précises quand il s'agit de prévention en santé mentale. Ainsi on pourrait dire: "Je vais poser un geste préventif; j'ai identifié une situation qui pouvait réellement entraîner des risques pour la santé mentale de cet enfant; j'ai posé des gestes concrets pour changer cette situation; j'aimerais comparer mon action à celles des autres; je voudrais évaluer de telle façon l'efficacité de mon intervention." Comme monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir, un grand nombre d'intervenants de première ligne font régulièrement, sans le savoir, dans le cadre de leurs activités professionnelles régulières, des interventions qui ont une portée préventive sur la santé mentale. Mais si faire quelque chose sans le savoir n'empêche pas qu'on le fasse, cette ignorance nuit certainement à l'évaluation de la valeur de cette activité et à sa transformation rationnelle dans le cadre de programmes d'actions réfléchis. Les planificateurs et les responsables de l'orientation des services de santé et des services sociaux auront beau affirmer qu'il faut donner à la prévention en santé mentale une place prépondérante, cette affirmation ne demeurera qu'un message vide de sens tant que les praticiens qui desservent la population ne seront pas devenus plus conscients des moyens qu'ils possèdent en propre pour actualiser la prévention.

Le but de cet ouvrage est d'abord de présenter aux intervenants québécois oeuvrant dans les milieux de l'éducation, de la santé et des services sociaux quelques

réalisations d'ici qui devraient leur permettre d'accoler à cette notion de la prévention en santé mentale des images de réalité bien concrète qui, nous l'espérons, les amèneront à réagir pour dire: "Ah! je vois, je saisis, ça prend forme dans mon esprit, ça me donne une idée, je pense que je pourrais faire quelque chose..." Il va sans dire cependant que ces réalisations représentent des exemples d'activités préventives dont l'application est de portée plus universelle et qui ne sont pas uniques au milieu québécois.

Les réalisations présentées ici sont le fait d'individus ou de petites équipes. Elles témoignent d'activités qui s'insèrent normalement dans le travail quotidien de personnes exerçant leur activité préventive le plus souvent à titre individuel même si elles opèrent dans le cadre de services formés de nombreux individus. La prévention en santé mentale dans les services humains fera vraiment son chemin quand ceux qui y sont en contact direct avec la clientèle commenceront vraiment à savoir ce qu'eux peuvent faire pour l'actualiser. La prévention dans le domaine des maladies contagieuses a vraiment débuté avec la découverte des agents propagateurs de ces maladies et des moyens spécifiques d'empêcher leur action nocive. Ces découvertes seraient demeurées sans effet si infirmières et médecins étaient demeurés ignorants des règles d'hygiène à conseiller aux populations sous leurs soins et inaptes à leur administrer les vaccins requis. A certains égards, nous en sommes à ces tout premiers paliers quand il s'agit de prévention en santé mentale. Certains faits sont connus de façon générale, mais les idées qu'en ont les intervenants de première ligne demeurent souvent trop confuses pour entraîner un mouvement d'action préventive vraiment important.

Parmi les activités rapportées par les divers collaborateurs de cet ouvrage on notera que certaines sont, sans équivoque, du domaine de la santé mentale. D'au-

tres ne concernent pas spécifiquement la santé mentale, mais ont sur elle un impact, parce qu'elles contribuent à améliorer des situations qui entravent l'épanouissement de la personne. Nous avons retenu ces rapports pour illustrer comment une mentalité de prévention peut se développer et comment elle peut imprégner l'exercice dans divers champs d'activité.

Les limites du champ présenté

Le lecteur remarquera, en parcourant l'ouvrage, que celui-ci se limite surtout à des programmes qui touchent les enfants et les adolescents. Il s'agit d'un choix délibéré du comité d'édition qui a conçu ce projet et en a surveillé l'élaboration. En cours de route, ce qui devait être un recueil d'une dizaine de textes s'est amplifié en un ouvrage plus vaste où on a introduit certains chapitres plus théoriques, dont la présence pourrait apporter une perspective plus étendue. Nous ne prétendons pas présenter ici aux lecteurs soucieux de développer une mentalité et des programmes de prévention en santé mentale un éventail équilibré des faits et des idées qui pourraient le mieux contribuer à la promotion de cette cause. Il faut voir cette oeuvre comme un modeste début. En cherchant des collaborateurs, le comité d'édition a frappé à plusieurs portes où il semblait y avoir des choses importantes et intéressantes à raconter, mais hélas! tous n'étaient pas prêts à le dire. Pour diverses raisons, l'enfantement de ce nouveau-né a aussi été plus long que prévu,ce qui fait qu'au moment où il paraît, d'autres réalisations ont vu le jour qu'il serait bien intéressant de rapporter. Nous espérons néanmoins que, dans sa forme actuelle, cet ouvrage fera avancer dans notre milieu la promotion de la santé mentale en montrant que l'action préventive est bien possible et en suscitant le désir de s'y engager avec une confiance accrue.

Merci à qui de droit

Le mérite de cet ouvrage repose sur tous les auteurs qui y ont contribué et que nous voulons ici remercier bien sincèrement. En sollicitant leur collaboration, nous leur avions suggéré une structure à suivre pour rédiger leurs textes: définition et objectif du programme, description du programme réalisé, évaluation et références pertinentes. Le lecteur pourra juger que dans l'ensemble les auteurs ont bien suivi ces directives, ce qui témoigne d'un souci élevé de le bien servir. Le mérite de l'oeuvre revient également au comité d'édition, qui a eu la tâche de planifier le projet, de recruter les auteurs, de les relancer, d'étudier leurs textes en pensant aux besoins des lecteurs, et dont chacun des membres,à sa façon, a soufflé dans les voiles pour que le navire arrive à son but. Enfin, mentionnons l'appui tangible reçu, dès le début, du ministère des Affaires sociales et grâce auquel certaines étapes de ce projet ont pu être franchies avec le soutien voulu.

Laurent Houde, m.d.

(1) La prévention dans le domaine de la santé mentale.
Comité de la santé mentale du Québec, Ministère des Affaires sociales,
Québec, septembre 1973.

TABLE DES MATIERES

Collaborateurs 5

Préface: Dr Denis Lazure 9

Présentation: Dr Laurent Houde 11

Première partie: ABORDS THEORIQUES ET ORGANISATIONNELS 21

Jocelyn Lindsay; La formation en prévention en santé mentale infantile et juvénile: implications pour le praticien. 25

Jean-François Saucier; La prévention chez le nourrisson. 61

Yvon Gauthier; L'utilisation d'une classe maternelle précoce (4 ans) en milieu défavorisé: aspects préventifs. 83

Deuxième partie: REALISATIONS DANS LE SECTEUR DE LA SANTE 99

Yves Carrier et Laurent Houde; L'implantation d'un programme de prévention en santé mentale dans un département de santé communautaire. 101

Louis Dallaire, Serge Melançon et Pierre Delva; Génétique médicale et médecine préventive. 117

Simon Richer; A l'écoute de la Clinique des nourrissons. 155

Elisabeth Rheault-Hébert; La préparation du jeune enfant à l'hospitalisation. 187

Troisième partie: REALISATIONS DANS LE SECTEUR PRESCOLAIRE ET PRIMAIRE 199

Denise Taillefer; Les parents à l'école. 203

Madeleine Desrosiers; Classes pour enfants de 4 ans et programme pour leurs parents. 235

Jacques Lalanne; Le programme de développement affectif et social, un instrument de prévention à l'école. 255

Christiane Brunelle; Le développement du langage en milieu scolaire. 273

Quatrième partie: REALISATIONS DANS LE SECTEUR SCOLAIRE SECONDAIRE ET COLLEGIAL 291

Sylvie Glen-Bédard et Brigitte Prévost-Guérin: Formation à la relation d'aide: projet RELAI. 295

Raoul Vallière; Projet d'information et d'éducation sexuelle réalisé à la Polyvalente de Lévis. 303

Benoît Bélanger; La prévention en santé mentale; groupe de croissance personnelle. 327

Cinquième partie: INTERVENTIONS AUPRES DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTE 341

Denise Garon-Dupont; Les services de garde des jeunes enfants en regard de la prévention en santé mentale. 345

Louise Boivin et Anne-Marie Bouthillier; Un instrument de prévention: les

associations de familles monoparentales au Québec. 371

Paul-Marcel Gélinas; Programme de sensibilisation à la vie familiale. 389

Jean-Marie Leduc; Interventions d'une équipe de santé mentale auprès d'une population à risques élevés. 403

Jacques Lalanne; Une expérience québécoise de formation des parents à l'efficacité humaine. 425

Bibliographie générale 439

PARTIE I: ABORDS THEORIQUES ET ORGANISATIONNELS

Le présent ouvrage se concentre essentiellement sur des expériences pratiques de prévention. Toutefois, les trois articles qui suivent dégagent une perspective plus théorique; ils ont en commun d'être appuyés par une documentation abondante et d'être présentés dans une optique de synthèse et d'approfondissement.

L'article de Jocelyn Lindsay relate une expérience de formation à la prévention; pour cela, l'auteur développe les objectifs et les contenus de cette formation,pour ensuite s'attarder sur la méthodologie de l'enseignement. Jean-François Saucier résume les tâches essentielles du développement du bébé, les mesures favorables à l'accomplissement de ces tâches et les moyens d'améliorer le climat parental. Yvon Gauthier livre dans son texte la description d'un projet de recherche-action dont le but était d'observer et de comparer les activités imaginaires et les comportements de deux groupes d'enfants de quatre ans, l'un de milieu favorisé et l'autre de milieu défavorisé, pour ensuite situer l'importance d'une relation de continuité avec une jardinière.

LA FORMATION EN PREVENTION, EN SANTE MENTALE INFANTILE ET JUVENILE: IMPLICATIONS POUR LE PRATICIEN.

LA FORMATION EN PREVENTION, EN SANTE MENTALE INFANTILE ET JUVENILE: IMPLICATIONS POUR LE PRATICIEN.

Jocelyn Lindsay, t.s.

INTRODUCTION

> "L'enseignement collégial et universitaire relatif à la prévention en santé mentale doit être accru et renforcé auprès des professionnels des domaines éducatif, sanitaire et social" (1)
>
> "Aider les programmes destinés à améliorer, qualitativement et quantitativement, la formation dans les professions intéressées aux maladies et à l'hygiène mentales, en particulier, des infirmières, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés et des enseignants" (2)

Ces deux citations, tirées de rapports récents et pertinents à notre contexte, insistent sur deux idées importantes et forment la toile de fond de cet article:

- La nécessité d'une formation en santé mentale, formation dépassant le traitement des maladies et donnée dans une perspective de santé et de prévention,
- La nécessité d'innover hors des cadres traditionnels de la formation et d'étendre celle-ci à différents professionnels provenant de divers domaines.

Au Québec, cette question nous semble être à la fois un sujet d'actualité, tout comme une préoccupation réelle des professions auxiliaires. Sujet d'actualité,

puisqu'on veut mettre à jour des politiques, des structures et des services axés sur le développement et sur la prévention; préoccupation réelle des professionnels qui, constatant les limites des actions thérapeutiques, saisissent la nécessité d'approches précédant l'émergence des difficultés et rejoignant un plus grand nombre de personnes. Et cela se fait malgré l'absence de traditions et de modèles de pratique en prévention.*

L'expérience relatée dans ce document en est une de formation de futurs travailleurs sociaux sur la prévention (3); tout en montrant où nous en sommes dans notre propre recherche, nous limiterons nos propos au domaine de la santé mentale infantile et juvénile. En résumé, nous tenterons de dégager une perspective de formation en prévention, en tenant compte des objectifs de l'apprentissage au niveau du savoir (définition de la prévention, prérequis à la formation, politiques et services, populations et clientèles); du savoir-être (attitudes et valeurs); et du savoir-faire (mode d'approche, élaboration de projets et stratégie d'action). Après une exploration de ces différents secteurs, complétée par une réflexion sur les implications de la formation en prévention, nous donnerons une bibliographie couvrant les différents points et pouvant aider le praticien dans sa recherche personnelle.

Nos propos, effectivement, s'orientent surtout du côté du praticien engagé dans la pratique et réfléchissant sur différents modes d'action, mais nous souhaitons aussi que les personnes engagées dans la planification ou dans l'organisation des services se penchent sur ces modalités et favorisent même leur adoption.

---

* Fait intéressant, plusieurs organismes ont, dans les récentes années, consacré leur congrès annuel à l'étude de la prévention. Citons: le Conseil québécois de l'enfance exceptionnelle (1967), l'Association des éducateurs préscolaires du Québec (1975), le Service de réadaptation sociale de Québec (1976), et la "Quebec Association for Children with Learning Disabilities" (1975).

OBJECTIFS DE LA FORMATION EN FAIT DE PREVENTION

La formation en fait de prévention peut se borner à l'apprentissage d'un seul mode d'approche, comme le dépistage. Nous tentons toutefois ici de situer cette formation dans un cadre plus général et de voir quel bagage est nécessaire ou tout au moins très utile au praticien voulant s'initier à une démarche de prévention. Dans cette optique, et en reprenant un schéma classique d'apprentissage, le développement du praticien se fait à trois niveaux interreliés: celui du savoir ou des connaissances, celui du savoir-être ou des attitudes et celui de savoir-faire ou des procédés.

L'objectif général consiste à explorer les différentes dimensions de la prévention et ses possibilités d'application dans une pratique de santé mentale infantile et juvénile. Ici nous ne ferons que définir les objectifs spécifiques rattachés aux trois paliers identifiés plus haut, les données relatives à ces objectifs se retrouvant dans les sections suivantes du texte. Les objectifs spécifiques sont donc les suivants:

A) Au niveau des connaissances:

1- Décrire les différentes composantes du concept de prévention dans une perspective dynamique et opérationnelle,

2- Ajouter aux connaissances déjà acquises celles qui sont les plus pertinentes dans la formation en prévention,

3- Identifier, au niveau des politiques et des services, le contexte et les conditions favorables à l'établissement et à l'accomplissement d'une pratique préventive,

4- Identifier, dans un champ donné, des populations et des clientèles potentielles,

B) Au niveau des attitudes:

5- Clarifier son propre système de valeurs (opinions, perceptions, attitudes) face à une pratique préventive,

C) Au niveau des procédés:

6- Identifier un certain nombre de modes d'approche en prévention,

7- Tracer une démarche systématique dans la conception, la réalisation et l'évaluation de programmes préventifs,

8- Faire l'application de cette démarche systématique et de quelques modes d'approche.

Pour le praticien, cette longue série d'objectifs peut laisser présager une démarche d'apprentissage extrêmement lourde; d'une part, nous avons voulu exposer ces objectifs d'une façon aussi complète que possible et, d'autre part, le praticien issu des différentes sciences du comportement a déjà acquis un bon nombre des éléments identifiés ici. Notre effort en est davantage un de systématisation.

VERS UNE DEFINITION DU CONCEPT DE PREVENTION:

Emprunté au domaine de la santé publique, ce n'est pas d'hier que la santé mentale a adopté l'idée de prévention, d'abord pour signifier un intérêt quant aux conditions d'environnement et aux problèmes sociaux, et ensuite pour inclure la perspective selon laquelle l'intervention devrait se produire à un stade précoce et fournir une aide immédiate. Pour définir la prévention,on s'en est surtout tenu en santé mentale à une classification basée sur l'action située à un point de l'évolution d'un problème.

- Prévention primaire (intervention avant que les difficultés ne se produisent)
- Prévention secondaire (intervention dès que les difficultés se produisent)
- Prévention tertiaire (les difficultés sont présentes, mais on en limite l'aggravation et les effets).

Aucune définition de la prévention, aussi sophistiquée soit-elle, n'apparaît actuellement comme exhaustive; notre intention est plutôt ici de voir comment,selon certains auteurs, s'est développé le concept de prévention et quelles en sont les lignes de force qui peuvent aider à promouvoir des actions préventives.

Dans un document du "Council on Social Work Education" (4), on note qu'en s'en tenant à une signification stricte du verbe "to prevent",on se borne à un sens limité du concept: il s'agirait ici d'empêcher, de maîtriser une situation de l'extérieur; au contraire, le concept de prévention peut aussi inviter à une participation volontaire de la population-cible, d'autant plus qu'un tel facteur peut influencer la nature et la durée du changement.

Les premiers documents sur la prévention (5) insistent surtout sur la différenciation entre celle-ci et le traitement, et cela se pose en réaction à la position traditionnelle des intervenants, à savoir attendre la clientèle et intervenir uniquement après le fait, donc après une détérioration de la situation. L'intervention préventive doit être plus hâtive, plus agressive et plus préoccupée de l'environnement.

Selon Kindall (6), il y a lieu de promouvoir, à côté d'une approche axée sur l'identification et sur l'élimination des troubles (même potentiels comme en prévention primaire), un accès orienté vers la santé, le développement et la croissance. Ainsi, la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie, mais une évolution et un équilibre pouvant être favorisés et harmonisés dans certaines conditions. Par développement, on peut aussi bien entendre le développement personnel que le développement social.

Peck (7) a surtout fait ressortir une préoccupation quant à l'ensemble des conditions de l'environnement: si le traitement et la prévention peuvent amener des bienfaits, il n'en reste pas moins qu'un abord communautaire, surtout dans des zones défavorisées, apparaît comme un complément indispensable. On se préoccupe alors de l'ensemble des conditions de l'environnement, de la répartition inégale des biens et des services, de la mobilisation de la base, de la prise de conscience face à une injustice partagée et de la collaboration avec les différentes phases de planification.

Préalablement à une action préventive, Kahn (8) définit un niveau antérieur, (developmental provision) qui est la volonté d'une population à évoluer vers son autodétermination et, plus concrètement, comme une action sur ses conditions de vie et sur les services à sa disposition, de telle sorte que s'améliore la qualité des

interactions entre les individus et entre les groupes.

Leavell (9) et Elkin (10) ont défini une typologie qui donne un continuum intéressant dans l'orientation de l'action: ici, la promotion serait une "facilitation" de la croissance, du développement et du bien-être ou un usage maximum des ressources; la prévention serait, face à une présence potentielle ou actuelle de problèmes, l'élimination des agents causals de cette condition jugée souhaitable.

A côté de la division classique de la prévention fondée sur le moment d'intervention, Bohman et Westman (11) se sont préoccupés de la notion des systèmes impliqués; on retrouve ainsi une prévention centrée sur l'enfant pris individuellement (v.g. l'enfant malade avec une certaine chronicité), une prévention centrée sur la famille en tant que milieu ambiant fournissant des expériences de croissance à l'enfant (v.g. les familles traversant une étape de développement comme l'entrée à l'école du premier enfant) et une prévention centrée sur la société en tant que fournissant les prérequis indirects ou l'environnement biopsychosocial pouvant réduire l'incidence des difficultés (v.g. un effort de rénovation urbaine). Bolman, dans un autre document (12), a aussi divisé les populations-cibles comme étant les groupes à risque élevé (partageant une même difficulté), la communauté entière en tant qu'objet d'intervention et les segments de la population qui traversent un cycle de la vie (v.g. naissance, mariage, etc...).

En somme, la prévention nous apparaît ici comme le concept descriptif d'une attitude ou d'une action intervenant de façon précoce face à une situation considérée comme non souhaitable ou inadaptée. Cette intervention, qui porte sur un problème et sur ses facteurs causals ou d'environnement, peut se situer vis-à-vis différents systèmes, à différents points du désordre et selon différents types d'approche.

Que découle-t-il de l'ensemble théorique qui précède? Nous tenterons de dégager quelques lignes de force:

- la prévention peut s'effectuer sur différents systèmes: enfant, famille, communauté, organisation, etc.;
- la prévention peut se situer à différents points de l'évaluation d'un problème;
- à un sens strict ou large, la prévention peut inclure ou exclure l'idée de développement (croissance de l'individu, amélioration des conditions d'environnement et présence des services nécessaires dans la communauté). Ici, nous mettons en parallèle ces deux optiques selon qu'on a carrément une optique de croissance ou une attention à des difficultés;
- l'individu est l'agent le plus important pour le maintien et l'amélioration de sa condition (participation et responsabilité);
- les stratégies de prévention doivent mener à des prises de conscience et à une autodétermination de la population;
- les objectifs peuvent se réaliser par une pluralité de modes d'approche;
- au fur et à mesure, on s'orientera progressivement vers une prévention primaire et vers le développement, tout comme vers des entités et des problématiques mieux définies.

Comme on le voit, la prévention n'est pas une sursimplification de l'intervention ou un guide assuré vers la Terre promise; il est difficile d'en délimiter les bornes; elle donne essentiellement une orientation temporelle à l'action, mais en soi, n'en précise pas les moyens.

ELEMENTS PREREQUIS A LA FORMATION

Le praticien qui s'initie à une approche préventive en santé mentale n'a pas à faire table rase de ses connaissances déjà acquises, la plupart de celles-ci lui étant utiles: ici, nous identifions six éléments prérequis à une formation en prévention et nous les situons en termes de concepts. Nous décrirons donc brièvement ces six éléments qui nous apparaissent comme les plus pertinents: l'individu, la famille, la communauté, le système, la crise et l'action planifiée.

L'individu: unité de base de la plupart des interventions en santé mentale, l'individu évolue par étapes de développement pouvant constituer des points de référence intéressants; son dynamisme ou son fonctionnement réside dans un équilibre de forces physiques, psychologiques et sociales, et ses entités psychopathologiques sont suffisamment connues pour servir de base à l'étude de problématiques plus larges.

La famille: elle forme le micro-environnement qui donne la plupart des éléments nécessaires à la croissance et à l'équilibre de l'individu; unité fonctionnelle de l'environnement social, elle a elle-même ses propres phases de croissance, ses conditions d'équilibre et ses inadaptations. Parmi d'autres études, Hill (13) a donné une perspective de la famille en tant que système sujet à une série de tensions (v. g. perte d'un membre, pressions économiques excessives, crise normale de développement, etc.) capables de détériorer sa structure et son fonctionnement.

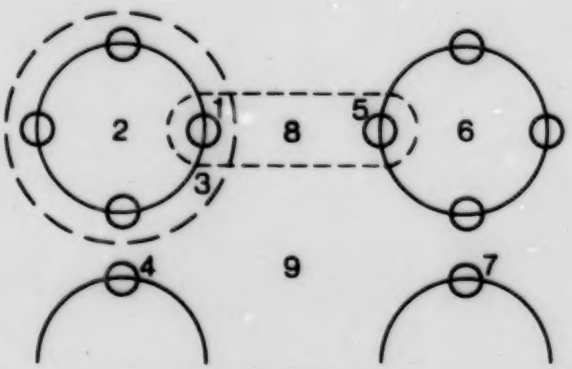
La communauté: elle signifie une aire géographique reconnue et une population identifiée; elle se veut aussi une unité sociale qui a des caractéristiques communes (croyances, style de vie), un sentiment d'appartenance et un ensemble d'acti-

vités et de relations intimes et permanentes. Elle est importante en prévention puisqu'elle fournit une base d'identification des besoins; elle permet de clarifier les problèmes à dimension et à solution locales et ceux d'une ampleur différente; elle forme enfin une unité de programmation et une base "organisationnelle" possiblement plus flexible et plus efficace que, par exemple, une région ou une province. La participation se vit plus facilement à ce niveau.

Le système: une conception systématique est indispensable: tout ne peut être considéré dans un schème explicatif de cause à effet, et il faut plutôt considérer la nature et la qualité des interactions entre les différents éléments en présence. Cela permet d'établir un rapport entre les différents facteurs dans une situation donnée, comme on peut le voir dans cette illustration d'une intervention dans une situation d'aide:

TABLEAU I - ILLUSTRATION D'UN SYSTEME D'INTERVENTION

1- Client
2- Famille
3- Communauté
4- Autre client
5- Intervenant
6- Service ou agence
7- Autre service
8- Relation aidant-client
9- Environnement plus large ou société



La crise: l'individu ou la famille se maintient dans une sorte d'équilibre par une série d'activités, mais une situation de crise peut rompre ce fonctionnement. Une connaissance de l'état de crise permet d'identifier:

1) les événements objectifs qui peuvent constituer une menace,

2) les facteurs subjectifs ou la façon dont ces menaces sont vécues dans le système,

3) le facteur précipitant qui fait déborder le vase et qui amène l'état de crise,

4) les phases de la crise et

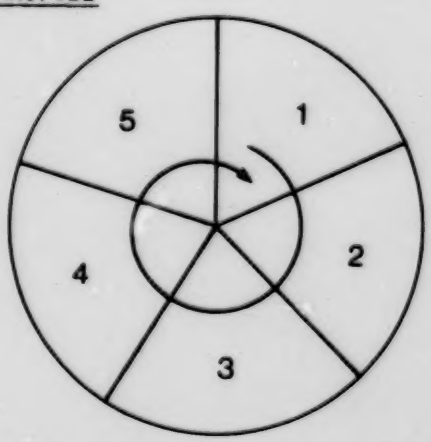
5) les facteurs de l'environnement contribuant au problème ou comme éléments possibles de rééquilibration. En prévention secondaire, ce concept est très important.

L'action planifiée: le praticien ne se contente pas d'attendre la présence de difficultés et il ne se borne pas à une perspective individuelle. Sa base d'étude du problème est élargie, allant de facteurs personnels à des facteurs sociaux; son mode d'intervention tient compte de cette évaluation d'ensemble: il y a donc plusieurs systèmes-cibles potentiels.

Enfin, la phase d'évaluation de l'action permet de "fermer la boucle" et de faciliter les interventions futures. On peut représenter le dynamisme de l'action planifiée dans le tableau qui suit:

TABLEAU II - SCHEMA ILLUSTRATIF DE L'ACTION PLANIFIEE

1- Identification / des difficultés
/ du contexte
2- Evaluation de la situation
3- Etablissement d'une stratégie
4- Mise en action
5- Evaluation de l'intervention



INFLUENCE DES POLITIQUES ET DES SERVICES

L'émergence d'actions préventives est ici définie au niveau de praticiens opérant dans des clientèles spécifiques. Nous l'avons déjà dit, les actions à d'autres paliers de planification ou d'administration sont également importantes, et la meilleure prévention réside peut-être dans l'existence de politiques sociales adéquates et dans la présence de services accessibles, continus et globaux. Ce que nous voulons simplement mettre en lumière, c'est la nécessité de politiques et de services favorables à l'expansion de la prévention.

- C'est à ce niveau que s'élabore la philosophie de base, la conception des soins et des services. Véhicule-t-on, par exemple, une idée de survie ou un principe de promotion de la santé? En fin de compte, les services rendus aux clients ne sont pas les mêmes.

- C'est à ce niveau que se font les principaux choix en matière d'intervention. Une politique de prévention n'est pas rentable électoralement, est difficile à justifier et à évaluer en termes d'impacts concrets et doit nécessairement déborder le cadre de problèmes actifs.

- C'est à ce niveau que l'on permettra l'existence de services à caractère préventif comme les D.S.C. ou les C.L.S.C., qui incorporeront dans leur mission une tâche de prévention dans un milieu donné, ou que l'on donnera la malléabilité nécessaire pour exercer une action hâtive, et non seulement pour récupérer des situations détériorées.

- C'est à ce niveau que l'on peut trouver des réponses à des questions sociales

dépassant un cadre local et ayant un impact sur la santé mentale, comme le logement, la sécurité du revenu, l'emploi ou l'aménagement de la vie urbaine.

A un autre palier, les services eux-mêmes ont une responsabilité face à la prévention et aux praticiens qui s'y engagent: d'une certaine façon, les organismes et les décisions administratives donneront à des projets la sanction communautaire et l'hospitalité qui leur sont indispensables. Cela, évidemment, demande une souplesse administrative et il est probable que l'émergence de projets de prévention favorisera dans l'organisme des orientations dans le sens suivant:

- un décloisonnement des moyens d'action, où le praticien se rendra apte à effectuer des interventions cliniques et sociales, et où il différenciera davantage la spécificité des cas et la présence de problèmes sociaux à plus grande prévalence;

- une coordination des divers services impliqués dans une communauté donnée, en vue d'une action unifiée et mieux planifiée;

- une relation accrue avec la communauté desservie, que l'on aura à coeur de mieux connaître, et, probablement, une conception nouvelle du client, non seulement récepteur de services, mais compétent et responsable face à ses situations de vie et à son environnement.

Mais ne nous y trompons pas. Dans la réalité, le praticien qui amorce un projet de prévention sera possiblement obligé de tout faire, peut-être bénévolement, puisque personne n'a l'expérience nécessaire et qu'aucun poste n'est prévu au budget à cette fin; il rencontrera des résistances dans l'organisme, puisqu'il va créer un précédent et bouleverser des habitudes de travail; s'il fait certaines erreurs de stratégie, elles seront peut-être très visibles et on criera haro sur la prévention; il voudra donner des types de service à une clientèle qui en a demandé d'un

tout autre ordre (souvent de type thérapie ou placement) et qui n'est pas motivée au départ à tenter ces "expériences".

PREVENTION EN SANTE MENTALE INFANTILE ET JUVENILE: POPULATIONS ET CLIENTELES

Nous voulons ici exposer quelques domaines dans lesquels le praticien peut exercer son action. Plusieurs divisions seraient possibles, mais nous proposons ici un schéma basé, d'une part, sur la division entre le développement et la prévention proprement dite, et, d'autre part, sur une répartition entre trois systèmes-cibles (individu-famille-société). Cela permet d'identifier six zones dans le tableau suivant, et celles-ci sont par la suite définies plus longuement.

TABLEAU III - IDENTIFICATION DES PRINCIPALES ZONES D'INTERVENTION

	INDIVIDU	FAMILLE	SOCIÉTÉ
Intervention axée sur le développement:	A	C	E
Intervention axée sur la prévention de difficultés présentes ou potentielles:	B	D	F

A- Intervention de développement orientée vers l'individu

Jusqu'à six ans, l'enfant a besoin d'acquérir une confiance fondamentale en soi et envers les autres, une autonomie et de l'initiative. On comble ces besoins en assurant à l'enfant un milieu de sécurité physique et affective, en lui donnant une stimulation précoce, en lui permettant des expériences de socialisation ou en produisant des conditions propices à un déroulement heureux de ses étapes de développement. De six à douze ans, l'enfant est suffisamment conscient de ses possibilités pour s'absorber dans des tâches de production et pour activer sa vie sociale; le développement de la conscience et de la réalisation de soi et des relations interpersonnelles prennent de l'importance. De douze à dix-huit ans, le jeune pousse plus loin son identité personnelle, et on peut encourager son autonomie, sa capacité de choix, la prise de conscience de ses valeurs propres et contribuer à son éducation sexuelle et sociale.

B- Intervention de prévention orientée vers l'individu

Ici, on s'intéressera à différentes catégories de jeunes, vivant une situation plus particulièrement difficile: jeunes avec handicap physique ou intellectuel, jeunes aux prises avec des difficultés socio-affectives, aux prises avec des problèmes scolaires, jeunes vivant dans des zones grises, jeunes délinquants, jeunes faisant usage de drogues, etc..

C- Intervention de développement orientée vers la famille

Tout comme l'individu, la famille possède ses étapes de développement, son équi-

libre dynamique et ses inadaptations. Dans une optique de développement, on s'intéressera ici à la communication et à la résolution de problèmes, tels la préparation au mariage, la promotion de politiques et de services couvrant les différentes étapes de la vie familiale (v.g. allocations familiales, garderies).

D- Intervention de prévention orientée vers la famille

On pensera ici à des entités comme les familles subissant la perte d'un membre ou en voie de désorganisation, les familles ayant un membre handicapé, les familles en difficultés culturelles et économiques, les familles éprouvant des difficultés de communication ou vivant une phase de développement d'une façon aiguë (v.g. la transition de l'enfance à l'adolescence ou le départ des enfants de la maison).

E- Intervention de développement orientée vers la société

Par société, nous entendons le système plus large allant de la communauté locale à un cadre géographique et social plus grand comme une province, en passant par l'organisation des services, l'environnement social ou le cadre physique. Il s'agira ici, par exemple, d'identifier les besoins communautaires, d'amener des politiques de bien-être à l'enfance, de favoriser la planification et la participation, d'améliorer la qualité du système scolaire, etc..

F- Intervention de prévention orientée vers la société

Des programmes de rénovation urbaine, de luttes contre la pollution, de combat contre la pauvreté "intergénérationnelle", de défense des droits de l'enfant en-

trent dans cette catégorie. En somme, ce schéma, malgré son caractère abstrait, peut servir de base à l'élaboration de projets concrets, lesquels seront alors mieux situés dans un ensemble.

ATTITUDES ET VALEURS

Nous abordons ici un aspect oublié, obscur, mais extrêmement important d'une formation en prévention. Notre hypothèse de base est justement qu'un changement chez le praticien, pour être valable et durable, doit toucher non seulement une acquisition de connaissances et de compétence, mais provoquer une remise en question de valeurs personnelles et professionnelles longuement acquises. Car c'est toute une orientation de l'action qui est comprise dans une pratique préventive, et le praticien dépasse son rôle de traitant pour devenir un agent de changement dont l'objet de l'intervention n'est pas seulement l'individu, mais potentiellement la famille, l'environnement, la communauté ou les services qui desservent celle-ci. Plutôt que de traiter théoriquement cette partie, nous préférons l'élaborer sous forme de questions concrètes qui recouvrent selon nous les valeurs sous-tendant une pratique préventive:

- La prévention est-elle une affaire de professionnels? Au contraire, n'est-elle pas une manoeuvre de diversion de ce que les professions considèrent comme leur tâche première, soit la restauration ou le traitement?

- D'ailleurs, est-ce que les demandes de la société ne sont pas d'avoir davantage et de meilleurs traitants? Le statut, les récompenses, les renforcements, les

gratifications ou les salaires allant aux traitants ne sont-ils pas supérieurs?

- Est-ce que j'ai le droit de me préoccuper de telles activités au moment où il y a tant de malades qui demandent de l'aide?

- Est-ce que la prévention ne serait pas le champ d'une nouvelle forme de techniciens ou de professionnels qui n'existe pas encore?

- Le professionnel qui fait de la prévention, à supposer que son travail soit efficace, ne risque-t-il pas de se rendre inutile?

- La prévention peut-elle se concrétiser en termes suffisamment "opérationnels"? Encore plus que pour les entités cliniques, la définition des problèmes sociaux est difficile. En conséquence, peut-elle conduire à des opérations suffisamment concrètes?

- La prédiction de la vulnérabilité n'est-elle pas dangereuse? De quel droit puis-je étiqueter des gens à risque élevé? Est-ce que, par cette étiquette , je ne risque pas de leur faire du mal? Est-ce que je n'ai pas là un haut potentiel d'intrusion et de mainmise?

- Si je maîtrise trop bien les crises, l'environnement, etc., est-ce que je ne suis pas en train d'éviter toute confrontation utile au développement de l'individu? N'y a-t-il pas danger d'amener tous les individus à une très grande conformité?

- Est-ce que toute intervention ne doit pas se fonder sur la volonté du client, qui décide s'il veut bien qu'on intervienne?

Cet "examen de conscience" est partiel, mais il contient plusieurs questions per-

tinentes à partir desquelles il est facile de "balayer" le moindre projet de prévention, si on n'y a pas réfléchi. Il n'existe pas de réponses toute faites à ces questions: c'est plutôt au praticien, individuellement, à voir de quelle façon il peut se comporter avec elles dans son propre contexte de travail.

MODES D'APPROCHE EN PREVENTION

Par modes d'approche, nous entendons ici un certain nombre de moyens par lesquels un praticien peut atteindre ses objectifs de prévention. Il n'existe pas présentement de listes complètes de ces moyens, et il est difficile de les classifier, d'autant plus que l'unanimité est loin d'être faite autour du concept même de prévention. A partir de plusieurs projets identifiés comme programmes préventifs, nous avons dressé une liste des modes d'approche; nous sommes toutefois conscient de ses limites, puisque ses différentes unités se recoupent et qu'elle est sûrement incomplète. Nous tenterons enfin une certaine systématisation de ces moyens, et le lecteur trouvera dans la bibliographie matière à approfondir sur ces différentes unités, que nous identifions brièvement:

1) La formation et l'utilisation de ressources de première ligne

Le personnel de première ligne est dans une position stratégique pour rejoindre une plus grande partie de la population et pour identifier hâtivement les problèmes: par exemple, on peut aider le professeur ou l'infirmière à se sensibiliser aux aspects de santé mentale reliés à son travail; il peut en résulter chez ce

personnel une perception des dimensions psychologiques et sociales, un apprentissage d'approches nouvelles et, par la discussion de cas spécifiques, un entraînement applicable à d'autres situations.

2) La formation et l'utilisation de para-professionnels, de bénévoles et de leaders du milieu

Ce mode est assez semblable au précédent: il permet un élargissement de l'action et une pénétration plus favorable dans un milieu. Ces personnes, par leur sensibilisation et par leur participation à la vie du milieu, établissent un lien plus fort et elles peuvent souvent, dans un contexte donné, dépasser les professionnels en efficacité.

3) L'information: utilisation de la publicité et des mass media

Ici, l'intervention consiste à communiquer des connaissances appropriées à une certaine population, en utilisant les meilleurs médias pour la rejoindre et pour lui transmettre le message.

4) L'éducation et la croissance

On peut ici prendre comme exemple un groupe d'adolescents à sensibiliser ou un groupe de parents à éduquer: on y trouve toujours une remise en question des façons d'être actuelles, l'incorporation à son propre vécu de nouvelles connaissances ou de nouvelles approches, le tout apportant un changement au niveau personnel ou interpersonnel (nouvelles perceptions, attention à son passé, relations établies

différemment).

5) L'habilitation du système à affronter une situation

Il s'agit ici d'une certaine "immunisation" au plan psycho-social. Par exemple, le choc de l'hospitalisation ou de l'entrée en maternelle peut être diminué chez l'enfant en lui donnant une perception correcte de la chose ou en l'exposant progressivement à cette situation "anxiogène".

6) La surveillance périodique

En faisant en sorte que des services à des points du développement soient prévus et que l'enfant soit évalué de façon régulière pendant ses premières années, on peut favoriser un dépistage précoce et une intervention rapide.

7) Les modèles de prédiction

On veut ici identifier des populations à risque élevé avant l'émergence de la difficulté. A partir d'un certain nombre de caractéristiques statistiquement valides, on retrouvera par exemple des individus à potentiel délinquant ou des parents à potentiel abusif élevé.

8) L'épidémiologie

C'est l'étude de la prévalence d'une difficulté donnée dans une communauté (v.g. enfants ayant des troubles socio-affectifs nuisant à l'apprentissage scolaire) et

des facteurs semblant favoriser l'émergence ou la disparition de cette condition.

9) Le dépistage et le traitement précoces

Cela ressemble beaucoup à la prévention secondaire. L'hypothèse de base est la suivante: plus un problème est identifié et traité rapidement, meilleures sont la motivation du client et les chances de réadaptation.

10) Les groupes d'entraide

Les regroupements de familles monoparentales ou les associations de parents d'enfants handicapés représentent ce type de moyen: les individus perçoivent qu'ils ne sont pas seuls à vivre leur situation, ils voient comment les autres s'y prennent, ils s'entraident mutuellement ou ils font ensemble les pressions sociales qui s'imposent.

11) La défense des droits

La défense des droits (advocacy) apparaît aussi comme un moyen de prévention en santé mentale, en permettant d'identifier et de faire connaître les droits d'un système donné, par exemple d'une minorité, et d'acquérir les facilités nécessaires pour faire respecter ces droits.

12) L'utilisation de ressources orientées vers la résolution de crises

Ces ressources, facilement accessibles en tout temps, peuvent promouvoir une ai-

de ou offrir une référence immédiate pour l'individu en état de détresse. C'est un genre de "Tel-Aide", l'un étant plus général et l'autre destiné à une clientèle plus spécifique (v.g. les femmes enceintes, les toxicomanes, les parents abusifs, etc.).

13) Le renforcement du système ambiant

Par exemple, on peut évaluer une famille comme ayant de sérieuses difficultés au plan de l'éducation familiale, et les enfants en subiront probablement des séquelles. En utilisant une auxiliaire familiale pour un certain temps, on pourrait aider cette famille à prendre conscience de ses difficultés éducatives et à consolider la qualité de ses relations.

14) La création d'un environnement favorable

Des applications concrètes de ce mode d'approche seraient l'élaboration d'un environnement hospitalier favorable à l'enfant et à sa psychologie propre ou encore la mise sur pied d'activités de loisirs dans une communauté défavorisée à ce point de vue.

15) L'amélioration de la relation service-communauté

Un service peut employer différents moyens pour se rendre présent dans une communauté et, par conséquent, pour favoriser son accessibilité et son action hâtive: programme publicitaire, service bien localisé dans la communauté, respect du mode culturel de la population, professionnels engagés dans la communauté comme simples

citoyens ou comme participants-observateurs, politique de "reaching-out", de contact, d'approches de type éducateur en milieu ouvert.

Il apparaît difficile de classifier ces moyens de prévention; néanmoins, malgré quelques recoupements, nous les regrouperons selon le système-cible habituel sur lequel des effets sont recherchés: la clientèle identifiée,le micro-environnement, la communauté, l'intervenant et les services.

TABLEAU IV - CLASSIFICATION DES MODES D'APPROCHES SELON LE SYSTEME-CIBLE

Système-cible	No. du mode d'approche
Clientèle identifiée	4, 5, 7, 9, 10
Micro-environnement	4, 10, 13
Communauté	3, 8, 11, 14
Intervenant	1, 2
Services	6, 11, 12, 15

ELABORATION DE PROJETS ET PRINCIPES D'ACTION

Dans cette partie, nous voulons donner, d'une façon très pratique, un certain nombre de points de référence pour le praticien qui s'initie à une action préventive: ils se rattachent premièrement à la conception des projets et, deuxièmement,

à des facteurs pratiques relatifs à la mise sur pied de projets concrets.

L'élaboration de projets, si l'on veut suivre une démarche logique, comprend trois étapes qui sont, somme toute, celles de toute action planifiée: la connaissance de la situation, la planification de l'intervention et l'évaluation de celle-ci.

A- Connaissance de la situation

- Quelle est la situation ou le problème auquel on fait face?
- Quelle est la population touchée?
- Quel est le contexte socio-culturel et "organisationnel"?
- Quel est le lien entre les différents facteurs impliqués? Quels sont les causes et les mécanismes en jeu?
- Quelle est la motivation du système-client?
- Quelle est l'évaluation d'ensemble de la situation?

B- Planification de l'intervention

- Quels sont les problèmes retenus et quelles sont les priorités?
- Que veut-on changer et quels sont les objectifs à atteindre?
- A quel point du désordre se situe l'intervention?
- Quelles sont les ressources sur lesquelles on peut compter?
- Quel est le système-cible choisi pour l'intervention?
- Quels sont les objectifs à court et à long termes, et quelles sont les étapes d'intervention?

- Quelles sont les responsabilités spécifiques? Comment les énergies peuvent-elles le mieux se répartir?
- A l'intérieur de quel contexte "organisationnel" les intervenants vont-ils jouer leur rôle?
- Quelles sont les stratégies et les moyens d'intervention?

C- Evaluation de l'intervention

- Comment reconnaître l'atteinte des objectifs?
- Est-ce que les moyens d'évaluation permettent d'apporter les correctifs nécessaires selon les étapes d'évolution du projet?

On trouvera dans la bibliographie qui suit d'autres schémas beaucoup plus complets d'action planifiée; cela, nous l'avouons, a de quoi rebuter le praticien voulant aborder un projet. Nous croyons toutefois que cela peut lui éviter des erreurs, comme par exemple une vision très partielle d'une situation,l'attachement irréductible à un seul moyen de prévention ou le choix d'un mauvais système-cible. Enfin, l'amélioration de la pratique préventive passera nécessairement par l'évaluation des activités, condition de développement indispensable.

Par principes d'action, nous n'entendons pas ici une série de règles immuables ou un "manuel du parfait praticien". Il s'agit plutôt de quelques remarques pertinentes et susceptibles de favoriser la réussite de projets. Nous ne reprendrons pas ici les éléments déjà mentionnés dans la définition de la prévention, mais il est clair, par exemple, qu'un projet a généralement plus de chances de succès, s'il considère l'individu comme l'agent le plus important pour le maintien et l'amélio-

ration de sa condition (motivation libre plutôt que contrainte).

Ainsi, le choix de projets doit tenir compte d'un ensemble de facteurs, comme la gravité du problème, ou sa prévalence, la disponibilité de solutions efficaces, les priorités, les coûts engagés, les effets d'entraînement et les répercussions possibles. Dans la même ligne de pensée, il peut être favorable de commencer par des projets peu coûteux, sans grand changement institutionnel et avec de bonnes possibilités de succès.

Pour les praticiens plutôt habitués à du travail avec des individus, l'entraînement au travail avec la communauté devient un élément capital. En voici quatre raisons:

1) Dans une perspective d'utilisation rationnelle des ressources, les programmes de prévention doivent prioritairement s'adresser à des groupes établis plutôt qu'à des individus isolés.

2) Ces programmes doivent se conformer aux besoins et au style de vie du groupe-cible: par exemple, l'éducation à la vie familiale n'utilisera pas nécessairement les mêmes données et les mêmes moyens éducatifs, si nous avons deux clientèles provenant de classes socio-économiques très différentes.

3) Il y a lieu de faire une utilisation maximale de l'environnement naturel du groupe-cible, ainsi que des services axés sur des communautés restreintes: par exemple, un C.L.S.C. ou un groupe d'entraide peut avoir de la flexibilité, connaître les besoins réels, avoir des réactions rapides et posséder des ressources non encore utilisées.

4) Enfin, le praticien, surtout s'il est trop fixé dans une attitude d'omniscient

et de spécialiste, devra s'initier à la participation avec la communauté et adopter une attitude plus égalitaire, ce qui n'élimine en rien la validité de son apport dans la solution de problèmes collectifs.

La méthode d'enseignement

Les quelques commentaires qui suivent sont plutôt des observations personnelles sur une expérience d'enseignement de la prévention dans une école de service social, surtout à des candidats de troisième année au baccalauréat. La démarche du cours s'exécute en quatre étapes successives mais intégrées. Dans un premier temps, il y a lieu de discuter avec les étudiants l'orientation qui sera donnée au cours, de vérifier leurs attentes et de prévoir leur cheminement personnel pendant ce cours. Cette introduction étant faite, il est important de faire les principales clarifications conceptuelles contenues dans le texte, afin de situer la prévention avec ses forces et ses faiblesses. L'étape suivante s'accomplit surtout avec l'aide d'invités qui sont pour la plupart des professionnels de divers milieux engagés dans des travaux de prévention; l'avantage de cette méthode est surtout d'exposer les étudiants à divers projets réels et de profiter de ces présentations pour faire des liens avec les principaux concepts. Enfin, les quelques derniers cours sont donnés sous forme de séminaires, avec présentation de cas par les étudiants, ce qui constitue une exigence du cours. Quelques étudiants font alors un effort plutôt théorique, par exemple de définition de la prévention dans un problème donné, mais la plupart analysent un projet sur le terrain, ou tel que relaté dans la littérature. Cette analyse, qui prend parfois la forme de la comparaison de deux projets semblables, permet d'utiliser le schéma élaboré dans la section précédente de ce texte.

Dans ce contexte d'enseignement, nous espérons aussi développer certains moyens pour accentuer la compétence de ces futurs praticiens en vue d'une action préventive; nous ne ferons ici qu'énumérer ces moyens, qui apparaissent comme des possibilités pratiques intéressantes et, pour quelques-unes, en voie de réalisation:

- l'accroissement d'endroits de stage où l'optique préventive est prioritaire,

- la préparation par les étudiants de quelques projets de prévention, dont la réalisation peut se faire au sein d'une clientèle universitaire, par exemple à l'aide d'un kiosque d'information sur la santé mentale,

- la discussion avec d'autres professeurs de la perspective préventive dans leur cours et peut-être la réalisation d'une activité pédagogique commune: par exemple, un invité parlant de prévention est aussi intéressant pour les étudiants qu'un professeur donnant un cours de santé mentale,

- la mise sur pied pour la discipline concernée de groupes de sensibilisation vivant le "choc culturel" de l'entrée à l'université, ou qui se préparent, souvent avec inquiétude, à quitter l'université pour le marché du travail.

CONCLUSION

La prévention constitue un certain défi pour le praticien en santé mentale:elle le force à élargir l'éventail de son intervention et l'oblige à se situer dans des rôles différents de celui de traitant, comme celui d'agent d'information, d'éducateur ou de consultant. Replaçant cette affirmation dans le cadre de la formation,

il nous semble que celle-ci puisse s'exécuter, mais moyennant un ensemble de conditions que nous allons mentionner.

Au plan théorique, il est vrai que l'on trouvera rarement des cours formels axés spécifiquement sur la prévention. Nous pensons plutôt, pour le moment, à une démarche personnelle d'un étudiant ou d'un praticien et nous avons tenté d'en délimiter un certain nombre d'aspects: il s'agira plutôt d'une intégration de choses déjà acquises et d'un effort personnel. Ajoutons ici que plusieurs cours axés sur des dynamiques ou sur des modes d'approche particuliers incorporent souvent dans leur contenu des notions de prévention; des exemples en seraient des cours tels que "service social auprès des familles", "éducation en milieu défavorisé", "psychologie communautaire" ou "psychiatrie communautaire".

L'étudiant ou le praticien doit décider jusqu'à quel point il veut s'engager dans des projets de prévention: veut-il seulement s'en informer ou les observer? Veut-il participer à des projets en cours ou penser à des applications dans des domaines précis? Veut-il enfin prendre la responsabilité d'inaugurer ou de diriger certains projets, à l'égard d'une population qu'il dessert déjà?

Mais qu'en est-il de la formation pratique? On doit constater au départ l'immense besoin de projets de pratique préventive pouvant servir de modèles ou d'expériences pour le stage de praticiens intéressés; nous rejoignons aussi en cela la nécessité déjà mentionnée d'évaluer nos actions préventives, non seulement pour faire la preuve de leur rentabilité, mais aussi pour servir d'expériences intéressantes dans l'apprentissage.

Cette formation peut s'effectuer par plusieurs moyens. Il peut s'agir simplement d'étudier des projets déjà effectués et de tenter de les évaluer. Ou bien,

on peut étudier une clientèle déterminée (v.g. délinquants) et tenter d'élaborer des possibilités de prévention dans un milieu donné. Plus profondément, la conception d'un plan d'intervention après l'étude d'une situation est un excellent moyen pouvant mener à la mise sur pied de projets concrets.

Pour le praticien davantage formé à l'approche du traitement individuel, la possibilité de s'insérer et de "vivre de l'intérieur" dans certaines communautés locales sera fort intéressante, tout comme de travailler avec le personnel de première ligne, avec les bénévoles ou avec les groupes d'entraide.

Enfin, le praticien aura tout avantage à côtoyer d'autres professionnels déjà engagés dans des programmes de prévention et on doit souhaiter que des organismes comme les départements de santé communautaire mettent sur pied un programme de formation pratique à l'intention des étudiants de diverses disciplines.

Enfin, un dernier commentaire sur la formation en prévention: celle-ci, tout comme la psychothérapie, semble être un terrain commun, intéressant différents types de professionnels: c'est probablement par leur effort de confrontation et par leur travail en équipe qu'ils discerneront progressivement ce qui est commun aux différentes professions et ce qui est spécifique à la leur propre.

REFERENCES

(1) La prévention dans le domaine de la santé mentale, Québec, Ministère des Affaires sociales, Comité de santé mentale du Québec, 1973, p. 35, rec. no. 9.

(2) LALONDE, M., Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974, p. 75, rec. no. 52.

(3) LINDSAY, J., Plan du cours S.V.S. - 14951, Prévention et Services sociaux. Québec, Université Laval, Ecole de Service social, 1975, document miméographié.

(4) Concepts of Prevention and Control: Their use in the Social Work Curriculum, New York, Council of Social Work Education, 1961.

(5) BECK, B., Prevention and Treatment, New York, National Association of Social Workers, Commission on Social Work Practice, 1959.

(6) KINDALL, K., Focus on Prevention and Development: New Opportunities for Social Work Education, dans A Developmental outlook for Social Work Education, pp. 19-33, New York, International Association of Schools of Social Work, 1974.

(7) PECK, H. et al., Prevention, Treatment and Social Action: A Strategy of Intervention in a Disadvantaged Urban Area, Bindman A. et Spiegel A., Perspectives in Community Mental Health, pp. 490-502, Chicago, Aldine Publishing, 1969.

(8) KAHN, A.J., Therapy, Prevention and Developmental Provision: A Social Work Strategy, dans Public Health Concepts in Social Work Education, pp. 132-148, New York, Councilor Social Word Education, 1962.

(9) LEAVELL, H.R. et CLARK, E.G., Preventive Medecine for the Doctor and

his community, New York, McGraw-Hill, 1958.

(10) ELKIN, R., Framework for Decision Making - Applying PPBS to Public Welfare Program Structure, Public Welfare, April 1969,157-166.

(11) BOLMAN, W.M. et Westman, J.C., Prevention of Mental Disorder: An Overview of Current Programs, dans American Journal of Psychiatry, 1967, 123, pp. 1058-1068.

(12) BOLMAN, W.M., An Outline of Preventive Psychiatric Programs for Children, dans Archives of General Psychiatry, 1967, 17, pp. 5-8.

(13) HILL, R., Generic Feature of Families under Stress, dans Parad, H.J. (ed.). Crisis Intervention: Selected Readings, pp. 32-52, New York, Family Service Association of America, 1965.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Illustration d'un système d'intervention

Tableau II Schéma illustratif de l'action planifiée

Tableau III Identification des principales zones d'intervention

Tableau IV Classification des modes d'approche selon le système-cible.

LA PREVENTION CHEZ LE NOURRISSON (0-12 mois)

LA PREVENTION CHEZ LE NOURRISSON (0-12 mois)

Jean-François Saucier

On a été témoin depuis longtemps de nombreuses controverses sur les méthodes de prévention en santé mentale à l'âge du nourrisson et on sait bien comment ces controverses sont demeurées stériles, soit parce qu'on restait au niveau du "sens commun", soit qu'on adoptait les méthodes à partir de normes générales et sans jamais se donner vraiment la peine d'en vérifier le bien-fondé.

Cependant, depuis deux décennies environ, est apparu un effort encore modeste mais systématique pour mieux connaître le nourrisson. Boston (1975) a bien résumé cet effort. Des techniques raffinées ont été mises au point qui sont spécialement adaptées au nourrisson et ont permis de vérifier dans la pratique et de façon valide des hypothèses restées longtemps dans le domaine de la pure spéculation. On n'est pas encore arrivé, bien sûr, à des certitudes définitives sur toute la ligne, mais certaines convergences intéressantes ont déjà émergé, que j'essaierai de résumer brièvement dans cet essai.

La perspective généralement adoptée n'en est pas une de prévention spécifique, c'est-à-dire qu'on ne cherche pas, par exemple, à découvrir les moyens précis pour prévenir la schizophrénie. Il s'agit plutôt d'essayer d'augmenter chez le nourrisson les chances de son développement physiologique et psychologique général.

Mon propos consistera d'abord en la discussion de ce qui paraît être les tâches essentielles que doit accomplir le bébé pour son développement au cours des 12 pre-

miers mois et des mesures qui peuvent favoriser l'accomplissement de ces tâches. La deuxième partie traitera des moyens susceptibles d'assurer un "climat parental" favorable à l'accomplissement des dites tâches.

A.) Tâches essentielles du nourrisson

On sait que la première année de vie est la plus intense, la plus active et la plus chargée de toutes; le nourrisson fait face à de multiples exigences, internes et externes, et doit apprendre plus tôt qu'on ne le pensait une série de tâches diverses. Dans cette série, trois semblent essentielles en ce qui concerne la prévention en santé mentale: 1) l'apprentissage précoce de la réciprocité générale; 2) l'apprentissage de la réciprocité spécifique (attachement); 3) la mise en train de l'exploration de l'environnement.

1 - APPRENTISSAGE PRECOCE DE LA RECIPROCITE GENERALE

Tout d'abord, la plupart des recherches récentes ont montré que le nouveau-né est plus vite en contact sensoriel avec son entourage qu'on ne l'avait soupçonné jusqu'ici. Dès les premiers jours, le bébé peut distinguer des "patterns" noirs et blancs de "patterns" gris. La coordination entre la vue et le toucher, de même qu'entre la vue et l'ouïe est aussi très précoce. Mills (1974) a montré que le bébé peut faire la différence entre la voix de sa mère et celle d'une étrangère avant l'âge de trois semaines, plutôt que vers 6-8 semaines comme on le prétendait il y a quelques années.

En plus d'être précoce, le contact du nourrisson avec le monde extérieur est, comme le dit Bowlby (1969), "biaisé" en faveur des contacts humains. Le bébé n'est pas satisfait d'être "stimulé", pour employer un mot à la mode, par n'importe quoi, y compris les mobiles les plus compliqués. Chaque fois qu'il en a le choix, il préfère le contact humain à la stimulation mécanique, parce que ce contact est non seulement plus riche et plus intéressant mais aussi parce que seul il permet un véritable échange. Un exemple: Condon (1974) a expérimenté de façon systématique et avec des techniques filmiques au 1/30 de seconde, ce qui se passe quand deux adultes conversent. Il s'est aperçu que la personne qui écoute non seulement bouge sa tête en coordination avec celle qui parle, mais en fait bouge aussi tout son corps en fine synchronisation avec l'autre. Ce phénomène a été vérifié sous diverses conditions, et on s'est aperçu qu'il était universel quelle que soit la langue, la culture ou la race des interlocuteurs.

Le même chercheur a eu récemment l'idée de vérifier à quel âge ce phénomène raffiné de synchronisation apparaissait chez l'enfant. Etait-ce à l'âge de 18 mois, lors de l'apparition du langage? Non, il a été de surprise en surprise et a finalement découvert que dès la fin de la première semaine de vie, le bébé est capable de bouger en synchronisation avec l'adulte qui a la bonne idée de lui parler. Cette recherche, avec d'autres du même genre, a montré que le nourrisson apprend tôt les bases de l'échange par interaction qui vont assurer plus tard l'apprentissage du langage. Les résultats de ce type de recherche semblent avoir une portée considérable; ils nous indiquent que très tôt après la naissance le nouveau-né a la capacité de s'adapter au rythme d'un autre, donc qu'il est déjà un être de relation. Ceci nous amène très loin du supposé état de narcissisme primaire prôné depuis longtemps, et sans vérification, par la théorie psychanalytique.

Activité de prévention

Il me semble qu'on devrait exploiter dès les premières semaines ce potentiel d'interaction qui existe chez le nourrisson. Il est vrai que plusieurs mères, grâce à une fine intuition, le font déjà, mais beaucoup d'autres, suivant les préjugés culturels ou scientifiques anciens, ne font rien avec le bébé, convaincues qu'il n'est pas encore prêt.

Une belle démonstration d'interaction non verbale avec un bébé est montrée dans le film du pédiatre P. Hack "The Amazing Brain of the Newborn" (1975), où l'adulte exécute des mouvements faciaux simples tels que fermer les yeux, ouvrir la bouche, tirer la langue, émettre divers types de gazouillement. Il est étonnant de voir comment après quelques courtes séances de ce genre, le bébé commence à faire en échange ces mêmes mouvements à son tour.

Un autre élément important de cette interaction est le contact oculaire. L'adulte doit se tenir complètement en face du bébé, il ne doit pas le forcer à le regarder, mais quand le nourrisson dirige spontanément son regard vers l'adulte, celui-ci doit le regarder en plein dans les yeux et aussi longtemps que l'enfant le fixe.

Les moments privilégiés pour ce type d'interaction non verbale se situent quand le bébé est le plus éveillé, d'habitude immédiatement avant ou après les boires. Deux conditions cependant sont essentielles pour que cette interaction soit efficace: 1) le nourrisson doit être en position verticale, de préférence tenu par l'adulte avec qui il interagit, ou bien installé presque verticalement dans une chaise. Des travaux récents (Prechtl, 1964, 1967, 1969) ont montré qu'aussitôt qu'il est déposé horizontalement, un nourrison devient un peu endormi et perd partielle-

ment contact avec l'environnement; pour être pleinement éveillé, il doit être tenu verticalement. Ces travaux expliquent pourquoi tant de recherches antérieures sont devenues inutilisables parce qu'elles n'avaient pas tenu compte de ce facteur crucial. 2) La face de l'enfant doit être tenue à une distance de 7 à 12 pouces de l'adulte. A moins de 7 pouces, l'enfant est gêné par une proximité trop grande et il détourne la tête; à plus de 12 pouces, l'enfant voit mal et ne peut pas discriminer les mouvements fins et donc ne peut avoir d'interaction significative avec l'adulte.

2 - APPRENTISSAGE DE LA RECIPROCITE SPECIFIQUE (ATTACHEMENT)

Le genre d'interaction décrit à la section précédente est typique des premiers cinq ou six mois de vie et peut se faire généralement avec n'importe lequel adulte qui entre en contact avec le bébé. Vers l'âge de six à huit mois cependant, apparaît un autre type d'interaction qui est une étape cruciale dans le développement du nourrisson et auquel la plupart des auteurs donnent le nom d'"attachement", (voir Bowlby, 1969, 1973, Rutter, 1972, Heinicke et Westheimer, 1965; Robertson, 1962; Schaffer et Emerson, 1964, Schaffer, 1971).

Vers l'âge de six à huit mois, le bébé se met à protester au moment précis où certaines personnes spécifiques le laissent; cette protestation, qu'on a appelée "angoisse de séparation", indique que le bébé s'est attaché spécifiquement à cette personne et qu'il désire continuer à jouir de sa compagnie.

Des recherches en cours commencent à indiquer pourquoi le nourrisson s'attache

à une personne plutôt qu'à une autre. Cela ne dépend pas: 1) de la quantité de temps que passe l'adulte auprès de lui (le quart des bébés sont attachés spécifiquement à leur père qui ne passe que quelques heures à la maison); 2) du fait que l'adulte le nourrit régulièrement; 3) ni du fait que l'adulte a de fréquents contacts tactiles (soins de propreté, etc...) avec le bébé; 4) ni du sexe, ni de l'âge de l'adulte: par exemple, le bébé peut être attaché à un frère de 2 ou 3 ans.

Les facteurs qui semblent les plus importants pour déterminer l'attachement de l'enfant sont: 1) la réponse rapide aux appels et aux pleurs du bébé et 2) la fréquence d'interaction commencée par l'adulte et qui inclut beaucoup de contact oculaire et de contact auditif (babillements, paroles, chansons, etc.). Ces deux facteurs sont indépendants mais s'additionnent pour donner un attachement plus ou moins intense de l'enfant à la personne en question.

Il ne semble pas y avoir de "quota" d'attachement, c'est-à-dire qu'un attachement intense à un adulte n'empêche pas le bébé de s'attacher à un ou à plusieurs autres. Le nombre d'attachements dépend plutôt du nombre d'adultes qui fournissent à l'enfant les deux facteurs essentiels mentionnés plus haut.

Ces observations expliquent pourquoi certaines mères dévouées qui passent leurs journées entières avec leur bébé et sont diligentes dans l'apport des soins ne provoquent pas ou peu d'attachement; c'est ou bien qu'elles regardent peu leur enfant dans les yeux, ou qu'elles lui parlent très peu ou bien sont lentes, pour quelque raison que ce soit, à répondre à ses appels. Certaines mères sont frustrées de cette "ingratitude", spécialement quand le bébé s'attache à une personne (père, oncle, tante) qui passe peu de temps avec lui et ne lui prodigue pas de soins. L'at-

tachement d'un nourrisson à un adulte n'est pas une question de justice ou de récompense pour son dévouement, mais purement le résultat d'une relation spécifiquement significative pour lui-même.

Spitz (1950) avait cru un moment que la peur de l'étranger qui se manifeste souvent vers le 8e ou 9e mois était équivalente de l'apparition de l'attachement. Les observations récentes ont montré que les deux phénomènes sont différents et indépendants, et que l'attachement a de beaucoup le plus d'importance dans le développement de l'enfant. En effet, l'émergence de l'attachement confirme et stabilise le début de l'apprentissage de la réciprocité et établit la matrice de base des relations interpersonnelles riches, à l'intérieur puis à l'extérieur de la famille. Les enfants, comme par exemple dans les anciens orphelinats, qui n'ont pas la chance de s'attacher à une ou quelques personnes spécifiques avant l'âge de trois ans, semblent devoir être condamnés à la carence affective, à des relations interpersonnelles très superficielles et à un manque chronique dans le développement du surmoi.

Activités de prévention

En plus des activités d'interaction décrites dans la première section, il est conseillé, quand cela est possible, de ne pas laisser un bébé éveillé seul dans sa chambre, mais de le mettre plutôt dans un endroit de la maison où les gens passent et viennent fréquemment (cuisine, corridor central, etc.); cela favorisera une plus grande fréquence de contacts significatifs. Enfin, les adultes responsables devraient prendre l'habitude de répondre rapidement aux appels et aux pleurs de l'enfant, au moins de façon verbale quand elles sont trop occupées. Ainsworth et Bell (1974) ont montré qu'il est "payant" à long terme de répondre rapidement à

l'enfant, en ce sens que l'enfant pleure beaucoup moins souvent et intensément quand on prend l'habitude de répondre rapidement. Au contraire, quand pour une raison ou pour une autre, les adultes prennent l'habitude de répondre lentement ou pas du tout à un bébé en pleurs, qu'ils considèrent comme n'ayant "pas de raison" de pleurer, la fréquence et l'intensité des pleurs augmente dans les mois qui suivent; il semble s'établir une sorte de cercle vicieux, et il est maintenant clair que l'enfant de moins d'un an "n'apprend pas" que cela ne sert à rien de pleurer, "ne comprend pas" qu'il doit arrêter, tout simplement parce qu'il n'a pas le développement cognitif suffisant pour comprendre.

Ce dernier point est important, car beaucoup de parents ont peur de "gâter" leurs bébés en répondant "trop vite" ou en prenant trop soin d'eux. Cette croyance populaire tenace les porte à penser que le bébé n'est "pas raisonnable" et qu'il est très tôt capable de les manipuler par ses pleurs pour avoir plus de soins qu'il n'en a vraiment besoin. On sait maintenant que l'enfant n'obtient la capacité cognitive de manipuler ses parents qu'au cours de la deuxième ou troisième année, mais sûrement pas au cours des 12 premiers mois. Un nourrisson qui pleure a toujours raison de pleurer, même s'il a le ventre plein et les fesses sèches.Le nourrisson a besoin de plus de choses que la nourriture et la propreté; il a un besoin aussi grand de contact humain; l'interaction n'est pas seulement un bonus souhaitable et gentil, mais elle est une nécessité fondamentale du développement du nourrisson, en particulier l'interaction avec les personnes spécifiques auxquelles il s'est attaché.

3 - MISE EN TRAIN DE L'EXPLORATION DE L'ENVIRONNEMENT

On a eu tendance dans le passé à sous-estimer la curiosité du nourrisson. L'intensité de cette curiosité est maintenant établie, et cela dès les premiers mois. Ce qu'on vient de découvrir récemment est que plus le nourrisson a la chance de satisfaire sa curiosité, plus son fonctionnement cognitif se développe rapidement. Il n'est donc plus indifférent que le nourrisson soit laissé dans un "parc" ou soit mis en plus grande liberté. Les travaux de Beckwith (1971) et d'Ainsworth et Bell (1974) ont en effet montré une association très significative entre ce qu'ils appellent le "floor freedom", soit la capacité d'explorer les pièces de la maison, et un quotient intellectuel élevé.

Activités de prévention

De nombreuses occasions peuvent être fournies à l'enfant pour lui permettre d'explorer son environnement physique; je me contenterai d'en décrire cinq qui sont typiques. 1) Dès les premières semaines, il est mieux de ne pas laisser le bébé isolé dans sa chambre quand il est éveillé; il est préférable de le laisser dans un endroit plus actif de la maison, dans la cuisine par exemple ou bien un endroit passant, où il a la chance d'observer les mouvements et les bruits d'êtres familiers. 2) Au cours des sorties à l'extérieur, il est préférable de porter l'enfant sur le dos plutôt que de le déposer dans un landau ou "carosse". De cette façon, il aura plus souvent l'occasion d'observer ce qui se passe à l'extérieur de la maison et de voir des figures nouvelles. 3) Quand le bébé commence à ramper, il est à conseiller de lui laisser le plus de liberté possible dans ses explora-

tions de la maison. Cela requiert évidemment plus de surveillance de la part de l'adulte et plus de précautions telles que couvrir les prises de courant non employées, ranger les objets dangereux dans des armoires ainsi que les bibelots précieux. De toute façon, le "parc" devrait être utilisé le moins possible. 4) L'exploration de l'eau enrichit de façon importante le répertoire adaptatif de l'enfant: la fréquentation régulière, hebdomadaire, d'une piscine avec eau chauffée est recommandée après l'âge de six ou huit mois. Un des parents doit toujours accompagner le bébé dans la piscine et je ne pense pas qu'on doive jeter le bébé à l'eau à cet âge. Il ne s'agit évidemment pas d'enseigner la natation à cet âge mais plutôt de donner la chance au bébé de se familiariser tôt avec un milieu étranger et d'y devenir relaxé. 5) On a parlé beaucoup récemment de "stimulation" du nourrisson par des jouets "éducatifs", des mobiles, etc. Quoique ces moyens d'intéresser le bébé ne soient pas dommageables, il me semble que leur effet sur le développement cognitif a été exagéré, ce qui a d'ailleurs été confirmé par les travaux d'Ainsworth et Bell (1974). Au cours de la première année, le bébé est parfaitement stimulé par la manipulation des ustensiles de cuisine, en particulier ceux à forme étrange comme les louches, les grosses cuillères percées, les batteurs d'oeuf, etc.

Climat parental favorable

Le soin d'un nourrisson représente une dépense d'énergie majeure pour les parents, en particulier pour la mère, et il entre en compétition avec d'autres activités. Pour que la balance penche en faveur du bébé, des moyens doivent être trouvés d'intéresser profondément les parents à l'enfant; s'ils trouvent un intérêt réel et un grand plaisir dans les soins de l'enfant, ils percevront et satisferont

mieux ses besoins que s'ils en prenaient soin presque uniquement par devoir.

Une courte parenthèse s'impose ici sur le rôle du père. Celui-ci a longtemps été effacé au cours des premières années de l'enfant, et on trouve encore aujourd'hui chez beaucoup de pères une résistance certaine à se mêler activement. Sans parler de l'aide pratique qu'un mari peut apporter à sa femme dans certains moments difficiles, il devient de plus en plus évident que le bébé lui-même retire de grands avantages du contact régulier et précoce avec le père. Il prend conscience plus vite de la complexité des rapports humains en devant s'adapter à un être très différent de la mère. De plus, ce contact précoce permet l'établissement plus certain d'une relation directe de l'enfant avec son père, à savoir d'une relation qui ne passe pas par l'intermédiaire de la mère, d'une relation qui n'a pas besoin de la mère comme traductrice des signaux de l'enfant ni comme interprète de ses besoins. Cette relation directe a deux conséquences importantes: elle élargit plus vite et plus profondément le répertoire relationnel de l'enfant et, en cas de séparation ou de divorce des parents, elle assure plus souvent la continuité des relations père-enfant.

Parmi les moyens disponibles pour améliorer le climat parental, trois me semblent à la fois importants et pratiques.

1 - COURS PRENATALS

On connaît bien l'expansion des cours prénatals au cours des dernières décennies; ces cours ont contribué beaucoup à la préparation efficace des deux parents

au moment dramatique de l'accouchement. La seule critique qu'on en peut encore faire est que certains de ces cours sont trop souvent orientés uniquement vers le moment de l'accouchement, en ce sens qu'ils s'occupent presque uniquement de calmer l'angoisse des parents pour la fin de la grossesse, sans trop penser au sort du bébé qui devient un partenaire important après cet accouchement.

On a observé récemment dans quelques milieux une expansion des buts de ces cours par l'inclusion de discussions sur les soins physiques et psychologiques à apporter au nourrisson au cours des 12 premiers mois. Cette initiative me semble très heureuse et devrait être imitée partout, d'autant plus que les parents qui attendent un enfant sont alors dans un état de réceptivité exceptionnelle dont il faut profiter pour le bien de l'enfant.

2 - CONTACT PARENTAL PRECOCE AVEC LE NOUVEAU-NE

Dans l'immense majorité des sociétés orientales, on a l'habitude millénaire d'épargner tout travail et toute responsabilité à la nouvelle mère durant les quelques semaines qui suivent l'accouchement, afin qu'elle se consacre entièrement, et dès le moment de la naissance, à son nouveau-né. Dans la plupart des sociétés occidentales, au contraire, on a pris l'habitude, depuis que l'accouchement se fait à l'hôpital, de séparer le nouveau-né de la mère dès les quelques secondes qui suivent l'accouchement pour l'envoyer d'urgence à la pouponnière.

Des travaux récents ont montré que cette séparation immédiate non seulement ne protège pas le nouveau-né contre les risques d'infection mais peut, en plus, avoir

une influence singulièrement nocive sur la qualité de l'attachement que la mère aura pour son enfant, et cela possiblement pour toute la vie. Ces travaux ont été faits aux Etats-Unis (Klaus, 1970, Kennell, 1974, Ringler, 1975), au Guatemala, en Suède, et ont été résumés dans un volume (Klaus et Kennell 1976). Ces résultats ont d'ailleurs été confirmés par l'expérimentation chez plusieurs espèces animales: le fait d'enlever à la mère un nouveau-né pour la durée d'une heure dans les trois heures qui suivent la délivrance perturbent gravement le comportement maternel, alors qu'exactement la même manipulation, trois jours après la naissance, ne changent rien au comportement maternel. On voit comment toutes ces études remettent en question nos pratiques hospitalières courantes. Ajoutons que les travaux de Leboyer (1974) sont orientés dans le même sens, quoiqu'ils n'aient pas la même rigueur scientifique.

Activités de prévention

Tout devrait être fait pour favoriser le contact le plus conscient, le plus précoce et le plus complet des deux parents avec le nouveau-né. Que la mère soit la moins anesthésiée possible, que le père soit admis à la salle d'accouchement, que l'enfant, dans les minutes qui suivent la naissance, soit mis dans les bras de la mère et du père, et que la mère lui donne le sein sur la table d'accouchement. Une fois sorti de la salle d'accouchement, le bébé devrait être donné à la mère dans une salle voisine, et de préférence en présence du père, pour qu'elle ait la chance de l'explorer à fond et de prendre un contact intense avec lui durant une période d'une heure; le bébé d'ailleurs est à ce moment complètement éveillé. On prendra évidemment toutes les précautions nécessaires pour protéger l'enfant contre les infections et les refroidissements(plinthe chauffante à la tête du lit, etc.). Ce

premier contact d'une heure dans les trois heures qui suivent l'accouchement devrait devenir une procédure de routine.

Enfin, la pratique de la cohabitation à l'hôpital devrait être encouragée fortement, aussitôt que la mère s'en sent capable, ainsi que l'allaitement au sein. Tout cela contribuera à une prise de contact solide et durable entre mère et enfant et diminuera d'autant les difficultés de passage de l'hôpital à la maison.

3 - ALLAITEMENT MATERNEL

La majorité des études comparatives sur l'allaitement maternel et l'allaitement artificiel ont montré la supériorité du premier, et aucune n'a montré la supériorité du second au point de vue physiologique. Royer (1976), par exemple, a souligné divers avantages de l'allaitement maternel, tels que la stérilité automatique du lait, la protection contre les infections respiratoires et digestives par l'apport constant de substances anti-infectieuses et la protection contre l'allergie provoquée par le lait de vache ou des aliments ingérés trop tôt.

Saucier (1976) a, d'autre part, indiqué plusieurs avantages psychologiques de l'allaitement maternel, à partir de l'observation de quelques nourrissons et après une revue de la littérature sur ce sujet. Chez le nourrisson, il favorise plus d'activité et plus d'initiative, puisque le bébé doit travailler plus fort pour obtenir son lait et l'avoir à son propre rythme. Chez la mère, l'allaitement favorise la prise de conscience que son bébé est un partenaire actif de la dyade mère-enfant et il favorise aussi une meilleure connaissance des caractéristiques de son

bébé. La mère étant reliée de façon plus intense et plus directe à son bébé, elle y devient plus attachée, ce qui a plus de chances de prévenir la séparation pour des raisons non essentielles.

Royer (1976) est d'opinion qu'au point de vue physiologique, le meilleur moment pour le sevrage est entre le 7e et le 9e mois, selon que le bébé était gros ou petit à la naissance. D'autre part, les travaux de Schaffer (1964, 1971) ont montré que l'attachement à une personne spécifique apparaît généralement entre le 6e et le 8e mois. Ces deux séries de faits, l'un physiologique et l'autre psychologique, concordent donc de façon remarquable, vu qu'il nous semble préférable de sevrer le nourrisson seulement après qu'un solide attachement à la mère soit apparu. Enfin, il n'est contre-indiqué d'aucune façon qu'une mère continue l'allaitement une ou même deux années si elle y trouve un plaisir spontané; l'enfant se sèvrera alors de lui-même au moment qu'il jugera propice.

Activités de prévention

Un effort important devra être fait dans l'enseignement donné aux professionnels de la santé (médecins, infirmières, nutritionnistes, aide-malades, etc.) pour leur communiquer une compréhension suffisante de la physiologie de l'allaitement naturel. Bien que la plupart des professionnels ne soient pas défavorables à celui-ci, il leur manque trop souvent des connaissances suffisantes pour bien comprendre le mécanisme de la mise en train de l'allaitement ou les difficultés de sa continuation aux diverses périodes du développement du nourrisson. C'est pourquoi il arrive qu'ils donnent des conseils inappropriés ou franchement mauvais. Il faut se rendre compte que le modèle qui existe maintenant dans notre culture médicale occidentale est le modèle de l'allaitement artificiel, avec sa régularité et ses

quantités bien définies. On est donc porté à conseiller les mères qui allaitent d'après la routine de l'allaitement artificiel. De plus, plusieurs professionnels sont tellement obsédés par cette régularité de l'alimentation artificielle qu'à la moindre difficulté de l'allaitement maternel ils conseillent immédiatement un supplément de lait de vache, ce qui a évidemment pour effet de détraquer rapidement le délicat mécanisme de "feed back" de l'allaitement naturel et de tarir en quelques jours les glandes mammaires.

En plus d'un effort sérieux dans l'enseignement, un autre effort est nécessaire auprès des responsables, administrateurs et professionnels des hôpitaux pour favoriser au maximum le commencement de l'allaitement maternel à l'hôpital, si possible dans la salle d'accouchement. On devrait au moins tout faire pour ne pas le décourager. On est malheureusement témoin,dans certains centres, d'une véritable concertation pour décourager les mères d'allaiter, en employant une série d'arguments pseudo-médicaux, alors que la véritable raison est tout simplement la priorité des routines hospitalières au détriment des besoins fondamentaux des bébés et des mères.

Il y aurait sans doute encore beaucoup d'autres points à discuter sur le sujet de la prévention chez le nourrisson. Je n'ai voulu qu'aborder ceux qui me semblent les plus importants et les plus praticables. J'espère que ces quelques pages aideront à la réflexion sur ce problème et à la mise en pratique de mécanismes efficaces.

REFERENCES

Ainsworth, M.D.S. et S.M. Bell, Mother-infant interaction and the development of competence, dans Connoly et J. Bruner (eds) The Growth of Competence, pp. 97-118, Londres, Academic Press. 1974.

Beckwith, L.,Relationships between attributes of mothers and their infants I.Q. scores, dans Child Development, vol. 42 1971, pp. 1083-1097.

Boston, M.,Recent research in developmental psychology, dans Journal of Child Psychotherapy, vol. 4 no. 1, 1975, pp. 15-34.

Bowlby, J., Attachment and Loss, Londres, Hogarth Press, 1969.

Bowlby, J., Separation Anxiety and Anger, Londres, Hogarth Press, 1973.

Condon, W., Speech makes babies move, dans New Scientist, 6 juin 1974.

Heinicke, C.M. et I.J. Westheiner, Brief Separation, Londres, Longman, 1965.

Kennel, J.H. et al, Maternal behavior one year after early and extended post-partum contact, dans Development Medecine and Child Neurology, vol. 16, 1974, pp. 172-179.

Klaud, M. et al, Mothers separated from their newborn infants, dans Pediatric clinics of North America, vol.17, 1970, pp. 1015.

Klaus, M. et J.H. Kennell, Maternal-Infant Bonding: The effect of Early Separation or Loss on Family Development, St Louis, mo., Mosby 1976.

Leboyer, F., La Naissance sans violence, Paris, Editions du Seuil, 1974.

Mac Farlane, A., If a smile is so important, dans New Scientist, 25 avril 1974.

Mills M. et al, Recogniton of mother's voice in early infancy, dans Nature, vol. 252, no. 5479, 1974, pp. 123-124.

Prechtl, H.F.R. et D. Beintema, The Neurological Examination of the Fullterm Newborn Infant, Londres, Spastics Society et Hermenan, 1964.

Prechtl, H.F.R. et H.G. Lenard, A Study of Eye Movements in Sleeping Newborn, 493 infants, dans Brain Research, 5, 1967, pp. 477.

Prechtl, H.F.R., K. Theorell, A. Gramsbergen et J. Lind. A statistical analysis of cry patterns in normal and abnormal newborn infants, dans Develop. Med. Child. Neurol, 11, 1969, pp. 142-152.

Ringler, F. et al. Mother to child speech at two years: effects of early post natal contact, dans Journal of Pediatrics, vol. 86, 1975, pp. 141-144.

Robertson, J. (ed) Hospitals and Children: a Parent's Eye View, Londres, Gollanez, 1962.

Royer, A., L'allaitement maternel. Cassette de deux heures. Service audio-visuel, Hôpital Sainte-Justine (enregistrée au printemps de 1976).

Rutter, M., Maternal Deprivation Reassessed, Londres, Penguin, 1972.

Saucier, J.F., Positive effects of breast feeding an the psychosocial development of the child.(Non-published abstracts of a conference given at a symposium on breast feeding at the annual convention of the American

Association for the Advancement of Science), Boston, February 1976 (ce court texte est disponible chez l'auteur, Dép. de psychiatrie, Hôpital Sainte-Justine, Montréal).

Schaffer, H.R., The Growth of Sociability, Londres, Penguin, 1971.

Schaffer, H.R. et P.E. Emerson, The development of social attachments in infancy, dans Monogr. Soc. Res. Child Devel., vol. 29, no. 94, 1964.

Spitz, R.A., Anxiety in infancy: a study of its manifestations in the first year of life, dans Int. J. Psycho-analyse, vol. 31, 1950, pp. 138-143.

L'UTILISATION D'UNE CLASSE MATERNELLE PRECOCE (4 ANS) EN MILIEU DEFAVORISE: ASPECTS PREVENTIFS

L'UTILISATION D'UNE CLASSE MATERNELLE PRECOCE (4 ANS) EN MILIEU DEFAVORISE: ASPECTS PREVENTIFS

Yvon Gauthier, m.d.

DEFINITION ET OBJECTIFS DU PROGRAMME [1]

Au cours de la dernière décennie, la fréquentation précoce d'une classe de petite maternelle est apparue à beaucoup de chercheurs comme un moyen utile de prévenir les troubles d'apprentissage scolaire si fréquents dans les classes défavorisées. C'est l'expérience que nous avons tentée dans un projet de recherche que nous décrirons brièvement dans ce texte. Et nous illustrerons particulièrement l'importance pour ces enfants d'une relation de continuité avec une jardinière (professeur) qui les suit à travers ces premiers apprentissages depuis l'âge de 4 ans jusqu'à 6 ans.

---

1. Le projet qui est ici résumé a été fait en collaboration. Y ont participé très activement, à part l'auteur de ce texte: le docteur Simon Richer, pédo-psychiatre, Denise Fouchard et Eliane de Visscher, jardinières, Pauline Leclerc, psychologue, et Françoise Lamy, travailleuse sociale professionnelle. Il a été rendu possible, grâce à une subvention du ministère de l'Education du Québec et à la collaboration du département de psychiatrie de l'hôpital Sainte-Justine, de la société des Amis de l'Enfance et de la Commission scolaire d'Outremont.

De 1968 à 1971, notre groupe de recherche s'était donné pour but d'observer et de comparer les activités imaginaires et tous les comportements de deux groupes d'enfants, l'un de milieu favorisé, l'autre de milieu défavorisé, depuis l'âge de 4 ans (en classe de petite maternelle) jusqu'à 6 ans (en première année scolaire). Pour pouvoir réaliser ce projet, nous devions rendre la classe de petite maternelle accessible aux enfants de milieu défavorisé, car cette classe, dans la plupart des cas, n'est accessible qu'aux enfants de familles qui peuvent financièrement s'en prévaloir. [2] Les observations faites en milieu scolaire au cours des années 60 démontraient clairement que les enfants de milieu défavorisé ont tendance à répéter, souvent plusieurs fois, les classes du premier niveau primaire et que leur rendement dans les tests d'intelligence est de beaucoup inférieur à celui des enfants de milieu moyen.

Sans doute, un problème aussi complexe dépend de multiples raisons, et plusieurs modèles théoriques peuvent tenter de l'expliquer. Nous avions choisi d'étudier plus spécifiquement les liens entre l'activité imaginaire de l'enfant et l'apprentissage scolaire. Nous pourrions résumer ainsi notre hypothèse de travail: la capacité d'apprentissage en période de latence (6 ans et plus) est étroitement liée aux modes d'expression et de transformation de l'activité symbolique et fantasmati-

---

2. La C.E.C.M. a fait en ce domaine, au cours des dernières années, des expériences intéressantes en milieu défavorisé, créant un nombre considérable de classes maternelles pour enfants de 4 ans (voir le document de la C.E.C.M., "Maternelles 4-5 ans, extrait de l'analyse critique de l'Opération Renouveau" mai 1975).

que au moment de l'âge préscolaire. En d'autres termes, le développement de cette capacité de transformation (sublimation) est essentiel à l'apprentissage normal qui se fait à l'âge scolaire. Nous croyions qu'ici se situait la différence entre les enfants issus de milieu favorisé et ceux de milieu défavorisé: les premiers avaient pu développer cette capacité de transformation alors que les seconds n'avaient pu le faire. Nous pensions donc pouvoir retrouver dès l'âge de 4 ans, au moment de la fréquentation d'une classe de prématernelle, des différences marquées dans la qualité et le mode d'expression de l'activité symbolique et fantasmatique selon l'origine sociale des enfants.

Chez les enfants du groupe favorisé, nous pensions trouver une activité symbolique marquée, une activité fantasmatique déjà caractérisée par la dominance du moi sur l'activité instinctuelle ouverte et un degré moins élevé de régression. Chez les enfants du groupe défavorisé au contraire, nous pensions trouver une activité symbolique déficiente et qui aurait tendance surtout à s'exprimer sur le plan de la décharge motrice, donnant ainsi l'évidence d'un développement du moi peu avancé et de manifestations de régression beaucoup plus fréquentes et intenses.

Notre travail comportait aussi l'observation longitudinale de ces deux groupes d'enfants, à mesure qu'ils s'engagent dans la période de scolarité primaire, dans l'hypothèse que nous trouverions des différences marquées dans le développement et les transformations graduelles de l'activité symbolique, le groupe favorisé démontrant des capacités plus grandes vers la sublimation que le groupe défavorisé.

La fonction symbolique se situe au coeur même des composantes cognitives et affectives du psychisme de l'enfant. Les auteurs, selon l'école à laquelle ils se réfèrent et selon l'accent privilégié de leur travail, insistent donc plutôt sur l'une ou l'autre composante et ainsi donnent à ce terme un sens qui peut devenir

facilement obscur. Pour nous, c'est dans le jeu que s'exprime surtout l'enfant et qu'il restructure en quelque sorte la réalité selon ses désirs. Et le fantasme est un élément primordial du jeu comme de toute l'activité symbolique; on peut le définir comme une espèce de scénario imaginaire où le sujet est présent et où figure l'accomplissement d'un désir habituellement inconscient. C'est donc ce que nous avons voulu observer, poursuivant notre observation sur une période de trois ans, afin de comparer en première année scolaire, le fonctionnement de nos deux groupes.

DESCRIPTION DU PROGRAMME REALISE

Etapes d'implantation et leur situation dans le temps et le lieu

Pour réaliser un tel programme, il fallait d'abord la collaboration de la commission scolaire, qui devait accepter sans réserve l'équipe de recherche et la réalisation du projet. Encore plus essentielles cependant, étaient l'école elle-même et la directrice de cette école où devait s'implanter un tel projet. L'école nouvelle Querbes, qui avait déjà depuis plusieurs années mis en train l'expérimentation de méthodes d'éducation modernes au niveau primaire, nous semblait, à l'intérieur de la commission scolaire d'Outremont, la mieux préparée à ouvrir ses portes à notre projet. De plus, cette école possédait déjà une classe de petite maternelle, donc une certaine tradition dans l'accessibilité à une classe maternelle dès l'âge de 4 ans. Enfin, cette école se situait au coeur même à la fois d'un milieu favorisé et d'un milieu défavorisé, même si jusque-là cette classe de petite maternelle n'était évidemment accessible, puisqu'elle était payante, qu'aux enfants de

milieu favorisé. Une fois l'équipe de recherche constituée, soit deux psychiatres, une psychologue, une travailleuse sociale et deux jardinières, dont l'une jouait le rôle d'un professeur et l'autre d'assistante de recherche, nous avons du procéder à l'étape du recrutement de la population, plus spécifiquement du côté défavorisé. Nous avions limité à 20 le nombre des sujets dans ce groupe, et nous anticipions que ce nombre devait être un grand maximum, connaissant la grande intolérance de ces enfants entre eux à cause de leur activité motrice intense.

Les critères suivants, établis par l'équipe, ont été utilisés: familles comptant deux enfants et plus, familles dont le revenu annuel du père n'excédait pas $5000, familles dont les parents n'avaient fait qu'un cours primaire ou qu'un début de cours secondaire (Gosselin, Emile, "La troisième solitude", 1965). Les familles répondant à ces critères nous ont été référées par les agences sociales et de santé d'Outremont. Il a été relativement plus facile que nous ne le pensions de faire participer ces familles à ce projet, toutes étant convaincues de l'importance de l'instruction pour leurs enfants; elles semblaient réaliser l'importance pour ces derniers de fréquenter la classe beaucoup plus tôt que d'habitude, plusieurs ayant déjà eu des troubles d'apprentissage avec des enfants plus âgés.

Un certain nombre de caractéristiques de ces familles nous paraissent intéressantes. La moyenne d'enfants par familles était de 5.4. La plus grande partie des familles, au point de vue revenu annuel du père, se situait dans des catégories très défavorisées: six dans celle des assistés sociaux, trois avec un revenu annuel de $3000 à $3500, et huit avec un de $4160 par année; trois familles seulement se situaient autour de $5000, mais rencontraient nos critères de définition de familles défavorisées à cause d'autres considérations. Quatorze des familles présentaient toutes les caractéristiques de familles à problèmes multiples.

Les interventions

Il faut bien noter que notre projet avait d'abord pour but l'observation d'enfants de 4, 5 et 6 ans. En effet, il n'était pas structuré de telle façon que nous aurions par exemple mis en train des interventions différentes pour des enfants de milieu défavorisé en comparaison avec d'autres de milieu favorisé. Il s'agissait pour nous, dans cette première étape, de connaître beaucoup mieux ce qu'étaient des enfants de cet âge et ce que pouvait être l'influence de la variable "classe sociale". Dans notre esprit, une classe maternelle, avec ses activités ordinaires et quotidiennes, constituait déjà un changement majeur pour des enfants qui, normalement, ne fréquentent pas cette classe; nous n'avions donc pas l'intention de rendre nos interventions plus spécifiques.

Il est cependant intéressant de revoir, particulièrement en petite maternelle, l'évolution des deux groupes par rapport à des interventions qui, au tout début,devaient être absolument les mêmes. C'est ainsi que, dès le début de l'année scolaire, le même matériel et les mêmes activités ont été mis à la disposition des deux groupes. Mais assez rapidement, nous avons pu nous rendre compte de réactions différentes selon les groupes, de sorte que certains changements, ou approches pédagogiques particulières, se sont révélées nécessaires tout le long de l'année. Par exemple, devant un matériel offert en art plastique, la réaction des enfants du groupe défavorisé était bien spéciale; ils ne savaient ni faire un choix, ni s'astreindre à une seule activité et ne parvenaient jamais à terminer ce qu'ils avaient entrepris; ils se sentaient frustrés par le choix des autres enfants et abandonnaient leur travail à peine ébauché pour essayer les activités des voisins. Il a donc fallu changer de méthode, proposer le même travail plastique en même temps à tout le groupe et, ainsi, les résultats ont été très satisfaisants. Vers la fin de

l'année, la plupart des enfants sont devenus capables de faire un choix et d'exécuter un travail dans la mesure de leurs capacités. A mesure que l'année avançait, ils sont aussi devenus plus fiers de leurs travaux, et il y eut des progrès remarquables dans leur capacité d'expliquer ou de raconter le contenu de leurs productions. Nous avons aussi observé des réactions très différentes dans la façon de ces deux groupes de travailler avec le matériel présenté. Les enfants du groupe favorisé, dès le début, pouvaient communiquer verbalement et utiliser avec facilité le matériel présenté. Ils étaient d'emblée industrieux et entreprenants. Au contraire, les enfants du groupe défavorisé préféraient palper, sentir, toucher, en un mot faire l'expérience sensorielle de la matière avec laquelle ils travaillaient, d'où leur préférence très nette pour la peinture tactile, la pâte de papier,la terre glaise. De même, les activités de groupe, marionnettes, conversation, musique, danse, comptines, rythmique etc., nous ont fait observer des réactions bien différentes dans les deux groupes. Les enfants défavorisés nous démontraient rapidement une capacité de concentration nettement inférieure à celle des sujets favorisés, plus spécifiquement dans les activités où la parole était nécessaire. Leur vocabulaire étant fort restreint, leur prononciation déficiente, leur expression fort inadéquate, ils se sentaient sans doute très désavantagés dans ces activités. C'est donc très graduellement qu'ils ont commencé à pouvoir s'exprimer verbalement. Par contre, ce même groupe défavorisé montrait un grand intérêt pour tout ce qui est mouvement, gymnastique ou rythmique. Ces enfants étaient en général beaucoup plus moteurs que ceux dits favorisés et ils avaient un esprit de groupe plus développé. Ils aimaient tous les jeux de groupe, surtout les jeux très moteurs, mais aussi des tours de chant et des goûters pris ensemble. Il a donc fallu insister davantage, avec les enfants du milieu défavorisé, sur ces activités à la fois de mouvement et d'ensemble, et les amener seulement très graduellement à des activités où la parole

était plus importante, (voir note page suivante) [1].

Nous avons aussi pu noter que la régression, chez les enfants de milieu défavorisé, était fréquente et importante. Ceux-ci devenaient rapidement fatigués et recouraient alors à des activités motrices, comme devenir un animal, marcher à quatre pattes, ou à des satisfactions immatures comme se mettre sur les genoux de la jardinière et devenir un bébé.

Je voudrais, de plus, noter certaines différences qui me paraissent importantes dans les réactions de ces deux groupes d'enfants et qui ont nécessairement influencé les types d'interventions qui ont pu être faites. Les enfants de milieu favorisé nous sont apparus très prêts à établir presque d'emblée une relation significative avec la jardinière. Ceux de milieu défavorisé ont mis beaucoup plus de temps, en général, à établir cette relation. Il semble qu'il leur a fallu vérifier, se rassurer, éprouver et vérifier la fermeté, la bonté et la logique de l'adulte. Une fois cette confiance établie, cependant, la relation a pu se développer assez rapidement, ce qui les a rendus plus à l'aise, plus confiants, parlant plus volontiers de ce qui les intéressait et s'exprimant plus librement sur leurs productions. Nous avons aussi remarqué des différences importantes dans cette capacité d'exprimer leur vie imaginaire dans des productions plastiques, en particulier le dessin et la peinture. Il a fallu donner beaucoup plus de temps à ces enfants défavorisés pour qu'ils puissent accepter de s'exprimer à travers ces médias, et quand ils ont commencé à le faire de façon plus régulière, nous avons remarqué le temps considérable qu'ils ont mis à élaborer des formes cohérentes, structurées et en relation avec un contenu imaginaire qu'ils pouvaient exprimer. En fait, nous avons remarqué que l'évolution de cette capacité de parler se faisait plus vite que celle de s'exprimer dans des formes ordonnées et organisées. On ne peut pas dire que ces observa-

tions ont conduit à des interventions spécifiques de la part des jardinières, mais il a fallu ici accepter pendant longtemps l'incohérence et la non-structure des formes, afin de rejoindre un contenu fantasmatique qui prenait sans doute beaucoup de temps à se développer, mais qui était finalement en avance par rapport à l'apparition de formes organisées.

JUGEMENT GLOBAL SUR LES RESULTATS DU PROGRAMME

Nous avons rapporté ailleurs (Gauthier et Coll. 1971, 1971b, 1973), les principales conclusions auxquelles nos observations nous ont conduits. Je crois cependant important d'en rappeler ici quelques-unes:

- Des différences majeures et statistiquement significatives ont été notées dans l'évolution des deux groupes, et ces différences se sont retrouvées tout au long des trois années d'observation, à des degrés divers mais de façon très consistante. Si certains des enfants abordent la classe de petite maternelle avec des ressources affecti-

---

1. Nous avons été tentés de développer un programme spécifique qui se serait adressé à une maturation plus rapide du langage à travers des techniques du type orthophonique. Nous avons cependant cru que ceci n'était pas vraiment nécessaire et que le langage se développe à mesure que d'autres fonctions cognitives et imaginaires viennent à s'exprimer à travers les activités ordinaires d'une classe maternelle.

ves intéressantes, un nombre important d'entre eux présentent, tout au long de l'observation, un développement inadéquat et continuent fréquemment en première année scolaire de présenter une vie imaginaire encore influencée par des fantasmes primitifs qu'ils devraient avoir déjà mis de côté ou transformés. Malgré ce retard constant du groupe défavorisé comparé au groupe favorisé, il faut noter les progrès remarquables de la majorité de ces enfants, leur capacité de fonctionner dans une première année scolaire adaptée à leurs caractéristiques spécifiques et leur passage satisfaisant à un milieu scolaire normal en deuxième année. [2]

Parmi les facteurs qui ont pu jouer dans l'évolution positive de ces enfants, nous avons été particulièrement frappés par l'importance d'une relation de continuité avec la jardinière, qui a suivi ces enfants tout au long des deux classes maternelles (et même en première année scolaire). Le temps relativement long que mettent ces enfants à établir une relation significative nécessite une présence stable qui s'étend sur plus d'une année. Comme nous l'avons décrit, ces enfants prennent plus de temps que les sujets favorisés à s'attacher à une figure adulte, et c'est seulement au cours de la deuxième année de maternelle que l'on a pu voir

---

2. Un follow-up effectué à la fin de la deuxième année dans plusieurs milieux scolaires où ces enfants s'étaient finalement dispersés, nous a permis de constater que 7 enfants sur 11 présentent un fonctionnement scolaire excellent ou bon, alors que 4 continuent de fonctionner de façon médiocre et de demander une attention spéciale.

s'épanouir, particulièrement dans le contenu de leurs productions plastiques, leur attachement. Le passage de cette même figure adulte au niveau primaire nous apparaît aussi un élément de continuité important, au moment où ces enfants abordent les tâches plus spécifiques de l'apprentissage.

Il faut également souligner la grande souplesse que doivent posséder et développer les jardinières qui travaillent avec ces enfants de milieu défavorisé. Notre travail n'avait pas d'abord pour but le développement de techniques particulières, mais l'observation quotidienne a rapidement convaincu les jardinières qu'elles devaient adapter leurs techniques et développer des interventions spécifiques. C'est ainsi qu'il a été essentiel de modifier les approches éducatives devant l'instabilité de ces enfants, leur difficulté de choisir entre plusieurs tâches et de persister dans une activité commencée, devant aussi leur mode beaucoup plus sensoriel d'aborder les activités plastiques. Leur préférence pour des travaux où leur corps était très impliqué et leur difficulté dans l'utilisation du langage ont aussi conduit à des modifications techniques importantes. Notons pareillement la grande souplesse nécessaire à cause du temps que mettent ces enfants dans leurs productions plastiques, à atteindre un niveau d'expression verbale qui, le plus souvent, semble précéder l'organisation de formes cohérentes et structurées.

Finalement, il paraît important de remarquer que si notre tâche n'avait pas comme objectif le travail auprès des familles, nos contacts avec elles nous ont permis de constater avec plaisir une grande motivation à se mêler plus tôt que normalement à une expérience scolaire. La majorité de ces familles ont collaboré étroitement à nos diverses démarches pendant les trois années qu'il nous fut nécessaire de travailler avec elles.

CONCLUSION

Notre travail de recherche avait d'abord pour objectif d'acquérir une meilleure connaissance de la vie imaginaire de l'enfant d'âge préscolaire et de l'influence du milieu social sur l'expression future et l'évolution de cette vie imaginaire. De ces observations sur le développement de l'enfant, qui demandent sans doute à être complétées et amplifiées, nous pouvons tirer quelques conclusions qui seraient utiles à la mise en train de mesures préventives, indiquées particulièrement en milieu défavorisé. Certains auteurs, aussi bien au Canada qu'aux Etats-Unis, préconisent de plus en plus des interventions très précoces du type garderies pour les très jeunes enfants, afin de prévenir les troubles d'apprentissage que l'on retrouve si fréquemment en milieu défavorisé chez les enfants d'âge scolaire. A moyen terme cependant, la fréquentation de maternelles à 4 ans, nous apparaît une mesure dont les répercussions sont importantes dans un but de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

Y. Gauthier, S. Richer, P. Chartier, E. de Visscher, D. Fouchard et F. Lamy, L'activité fantasmatique d'enfants de 4 ans, de milieux favorisés et défavorisés. Résultats préliminaires, dans Laval médical, volume 42, janvier 1971.

Y. Gauthier et coll., L'activité fantasmatique d'enfants de 5 ans, de milieux favosisés et défavorisés: deuxième rapport de leur évolution , dans Laval médical, volume 42, décembre 1971.

Y. Gauthier et coll., L'activité fantasmatique d'enfants de milieux favorisés et défavorisés: évolution de 4 à 6 ans, latence et apprentissage, dans Can. Psychiat. Ass. J., volume 18, 1973.

E. Gosselin, La troisième solitude, Comité du travail de Montréal, F.T.Q.C.F.T., 1965.

PARTIE II: REALISATIONS DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Le développement des activités préventives relatives à la santé mentale dans le système de santé est encore loin d'être organisé dans un véritable plan d'ensemble. La création des départements de santé communautaire dans les centres hospitaliers leur assigne comme mission particulière le secteur de la prévention. Yves Carrier et Laurent Houde rapportent des modalités selon lesquelles la santé mentale peut prendre sa place au sein des programmes de ces nouveaux départements. Dallaire, Melançon et Delva, pour leur part, traitent de la prévention au moment où celle-ci demeure primaire et globale, incluant tout à la fois les aspects physiques et mentaux que recouvre la génétique médicale. Simon Richer s'intéresse au vécu et au développement du nourrisson, en démontrant comment l'infirmière de santé publique peut dépister les manifestations précoces des troubles de la relation parents-enfant et intervenir de façon simple pour en arrêter ou en modifier l'évolution. Enfin, Elisabeth Rheault-Hébert conclut cette section en présentant de façon bien pratique comment le traumatisme affectif possible de l'hospitalisation de jeunes enfants pour amygdalectomie peut être atténué par une préparation à l'hospitalisation faisant appel à des moyens simples et à la portée de tous ceux qui sont impliqués dans cette situation.

L'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE PREVENTION EN SANTE MENTALE DANS UN DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE

L'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE PREVENTION EN SANTE MENTALE DANS UN DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE

Yves Carrier et Laurent Houde

L'importance attachée à la promotion et au développement de programmes en santé mentale s'est concrétisée une première fois dans les règlements de la loi 65 sur les services de santé et les services sociaux. Le gouvernement a ainsi mandaté officiellement une institution pour développer la prévention en santé mentale. Ce mandat a été confié aux centres hospitaliers dotés d'un département de santé communautaire (D.S.C.) qui ont la responsabilité de voir "à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au développement de programmes de santé physique et mentale et de services préventifs, et à des études sur les besoins de la population dans le domaine de la santé physique et de la santé mentale...", (art. 4.5.2.3). Il en résulte donc, que le D.S.C. se doit de considérer la santé mentale comme une priorité, bien que son importance ait déjà été reconnue bien avant l'avènement des règlements de la loi. Cependant, ces règlements devraient permettre une meilleure utilisation des ressources actuelles et des programmes existant déjà en fonction de cet objectif.

Il va de soi que l'importance qu'on accorde actuellement à la santé mentale dépend de l'évolution de chacun des D.S.C., qui sont encore pour la plupart préoccupés par la réorganisation des programmes antérieurs dont ils ont hérité, par les mécanismes à mettre en place pour les évaluer et par l'élaboration des indices devant en mesurer l'impact sur la santé de la population.

Si la santé mentale fait partie des responsabilités du D.S.C. il est facile de constater que dans ce secteur, la délimitation des champs d'activité propres à ces départements n'a pas jusqu'ici fait l'objet d'études ou d'expériences bien poussées qui en faciliteraient le développement. En complémentarité avec les services existants de santé mentale, particulièrement identifiés aux services psychiatriques, à quels besoins particuliers le D.S.C. doit-il d'abord tenter de répondre? Si c'est au besoin de développer les interventions de prévention en santé mentale,les vraies questions ne tardent pas à se poser quand il s'agit de planifier et de développer les programmes. Qu'est-ce que la prévention en santé mentale? Quelles activités préventives un département de santé communautaire devrait-il mettre en oeuvre?Quels moyens réalistes peut-il utiliser à cet effet?

Les réponses à ces questions ne peuvent se concevoir en dehors d'un contexte précis: celui d'une population identifiée et des ressources disponibles pour la servir. En septembre 76, le D.S.C. de l'hôpital du Haut-Richelieu, de Saint-Jean, Québec, prenait la décision de développer de façon concrête un programme d'intervention en santé mentale. Ce texte rapporte de quelle façon la question a été abordée et il décrit les débuts d'implantation de différentes activités qui pourraient éventuellement faire l'objet d'un programme plus global d'intervention en santé mentale.

La définition des premières orientations

Avant même d'élaborer une philosophie d'intervention, le directeur du D.S.C., se doit d'être particulièrement intéressé à la santé mentale. Il doit d'abord rechercher les différentes personnes ressources qui pourront, par leur dynamisme, leur expérience et leur crédibilité, sensibiliser les professionnels concernés à l'im-

portance de la santé mentale et à celle d'une intervention coordonnée. Il lui faut également s'engager résolument à mettre sur pied un programme d'action où la prévention en santé mentale devienne une réalité bien mise en évidence pour que tous ceux qui en font dans leur travail en prennent vraiment conscience et cherchent à la développer de façon de plus en plus efficace. Afin de décider de façon plus précise ce qu'il conviendrait de faire pour innover un programme quelconque, il a fallu d'abord mettre en commun les idées des premiers intéressés et évaluer les connaissances et les intérêts pour la santé mentale d'un certain nombre d'intervenants de première ligne. Quelques rencontres entre la direction du D.S.C., un pédopsychiatre et un pédiatre représentant leur service respectif, suffirent à démontrer un intérêt commun pour la prévention et les diverses possiblités d'action qui pourraient être entreprises.

Parallèlement, six rencontres avec les infirmières du service de prévention du D.S.C. les amenèrent à réfléchir sur leurs activités professionnelles, en leur permettant de découvrir rapidement divers moyens relativement faciles pour accroître la portée de leur rôle dans le secteur de la santé mentale des jeunes enfants. Après un trimestre de ces études préliminaires, l'ensemble du personnel du D.S.C. était sensibilisé à l'idée de la prévention en santé mentale. De plus, la participation active du service de pédopsychiatrie et du département de pédiatrie de l'hôpital était acquise. Une première structure formelle pouvait naître, qui verrait à stimuler et à surveiller le développement des différentes étapes d'une intervention préventive en santé mentale.

Un Comité consultatif

Rattaché au chef du D.S.C. et présidé par lui, le comité consultatif sur la san-

té mentale regroupe dans une première étape un médecin spécialiste en hygiène et santé publique, la coordonnatrice des programmes du D.S.C., un pédiatre et deux représentants du service de psychiatrie pour enfants et adolescents, soit un pédopsychiatre et une psychologue. Ce comité qui pourra être éventuellement élargi et déborder le cadre des services hospitaliers, s'est donné comme rôle de guider et de soutenir l'action du D.S.C. dans les domaines suivants:

- Identification des besoins de prévention en santé mentale,
- Identification des programmes préventifs en cours susceptibles de répondre à ces besoins,
- Evaluation de la qualité de ces programmes préventifs,
- Formulation de propositions pour améliorer les programmes existants,
- Développement d'une vue d'ensemble des programmes de prévention en santé mentale et conception de meilleurs moyens pour les coordonner,
- Formation des intervenants dans le secteur de la prévention en santé mentale,
- Diffusion de l'information touchant la prévention en santé mentale auprès de divers professionnels et auprès du public.

Orientation générale

Compte tenu des différentes contraintes, le D.S.C. a choisi d'intervenir en santé mentale avec des méthodes simples dans le cadre des services existant déjà et dispensés par son personnel (périnatalité, prévention, visites à domicile, etc.). On donnera aux différents programmes une nouvelle dimension, en développant à l'intérieur des activités déjà existantes, une préoccupation accrue à l'égard de la santé mentale. Il va de soi qu'il faudra améliorer la qualité des activités des intervenants par un programme adéquat de formation du personnel impliqué. Il est

essentiel de développer un noyau de travailleurs qui soient compétents et bien motivés. De plus, il faut que le D.S.C. favorise une coordination des différentes ressources déjà existantes dans le milieu afin que les interventions en santé mentale puissent être complémentaires et assurent une meilleure prise en charge des problèmes identifiés. Cela exige un contact étroit et une collaboration continue entre les divers établissements publics et privés et les divers autres organismes du territoire du D.S.C.

Champs d'intervention

Dans le cadre de cette orientation générale et d'une première détermination des besoins régionaux en santé mentale, on a dû choisir des champs d'intervention qui fussent compatibles avec les ressources immédiatement disponibles ou facilement mobilisables, soit à l'intérieur des services hospitaliers, soit au cours du travail des infirmières du D.S.C. De cette façon, les priorités d'action ont été envisagées dans les secteurs suivants:

1) la femme enceinte,
2) l'enfant de 0 à 5 ans,
3) les foyers en état de crise,
4) l'amélioration des conditions de séjour des enfants hospitalisés,
5) l'aide aux enfants de parents malades mentaux,
6) la promotion de la prévention en santé mentale.

Nous verrons successivement les principales interventions que notre département a choisi de réaliser dans ces différents secteurs.

1 - La femme enceinte et le programme de périnatalité

La gestation, la naissance et les premières semaines de vie nécessitent une attention toute particulière au plan de la prévention, si on veut assurer à l'enfant un état optimum de santé globale. L'importance grandissante qu'on attache au développement de bons programmes de périnatalité en témoigne. Au cours de la grossesse, les cours prénatals visent à ce que les parents puissent prendre en charge leur santé et l'évolution normale de la grossesse en incitant la femme enceinte à consulter régulièrement son médecin; on y prépare le couple à l'arrivée de l'enfant et à son rôle de parents; on enseigne de saines règles d'alimentation adaptées à la période de la grossesse et on traite de l'effet du tabac sur le foetus. Par la pratique d'exercices, ces cours visent aussi à préparer le père à assister la parturiente durant le travail et l'accouchement, et à permettre à la femme d'observer les principes de détente et de respiration propres aux étapes du travail et de l'accouchement. Ces cours peuvent donner l'occasion aux parents d'exprimer et de réduire les doutes et les angoisses concernant non seulement l'accouchement, mais également l'arrivée de l'enfant et le devenir de chacun des parents.

La sensibilisation des responsables des cours à ces dimensions psychologiques et le développement de leur compétence à en assurer l'expression et la solution, permet d'utiliser un moment particulièrement fécond de la vie du couple et susceptible de favoriser son épanouissement psycho-affectif. Dans cette perspective, on offre aux responsables de ces cours, l'accès à la consultation de spécialistes de la santé mentale. Ce souci de la préparation des parents à la venue de l'enfant s'ajoute aux efforts du D.S.C. pour assurer que les conditions d'accouchement et la qualité des soins obstétricaux soient optima dans les différents centres hospitaliers de son territoire, afin que, dès la naissance d'un enfant, on puisse iden-

tifier les handicaps physiques qu'il pourrait manifester, pour y apporter une attention particulière. La naissance à l'hôpital n'a pas pour seul but d'assurer de meilleurs soins à l'enfant et à la mère. Ces quelques jours se doivent d'être utilisés de façon judicieuse pour initier les nouvelles mamans à comprendre les besoins du nouveau-né et les soins à lui prodiguer. En post-partum, une étroite collaboration entre les médecins et le personnel des soins infirmiers est nécessaire afin de développer chez la mère les sentiments de compétence et de sécurité qui contribueront à fonder une relation mère-enfant détendue, source d'un développement psycho-affectif harmonieux.

La période qui suit immédiatement le retour à la maison est souvent source de difficultés imprévues dans les soins au bébé. L'établissement d'un rapport positif avec une infirmière du D.S.C., au moment de l'hospitalisation, permettra à certaines mères de faire appel à son aide pour solutionner des difficultés souvent mineures, mais que l'anxiété et la nervosité peuvent aggraver jusqu'à des proportions vraiment alarmantes. L'infirmière spécialement attachée à ce type de service dépiste également à l'hôpital ces mères inhibées ou qui ne paraissent pas bien comprendre les messages du pédiatre. Dans ces cas, des visites postnatales très précoces à domicile répondent souvent à un besoin évident de la mère.

Les cours postnatals durant les premiers mois de la vie de l'enfant permettent de sensibiliser les parents aux problèmes à long terme d'hygiène familiale et aux relations nouvelles à établir dans le quotidien du couple. On y donne de l'information sur la nutrition, la planification familiale, l'hygiène de vie, les besoins physiques et psychologiques de l'enfant. Ils permettent également à la mère de retrouver son apparence physique par des exercices appropriés. Comme dans les cours prénatals,des questions d'ordre affectif surgissent souvent lors de ces rencontres;

elles offrent l'occasion d'exploration et d'échange dont les résultats peuvent être très positifs, si la responsable du cours sait les encourager et les diriger.

2 - L'enfant de 0 à 5 ans

Dans un premier temps, c'est d'abord à ce groupe d'âge que le programme de prévention du D.S.C. s'applique. Le premier-né devant qui certains parents sont particulièrement démunis, l'enfant prématuré, l'enfant de famille monoparentale, l'enfant handicapé physiquement ou mentalement, l'enfant au comportement difficile, nécessitent une surveillance plus étroite. Le programme de périnatalité permet le dépistage d'une partie de ces conditions en post-partum immédiat et aussi, à l'occasion de la visite postnatale faite à domicile durant le premier mois suivant l'accouchement. Une meilleure organisation des cliniques de vaccination peut faire en sorte que les visites qui y sont effectuées favorisent davantage la durée et la continuité des échanges mère-infirmière.

De cette façon, la mère est capable de parler des problèmes d'adaptation ou de développement de l'enfant et de ses propres difficultés; ce qui peut d'ores et déjà permettre le dépistage de troubles psycho-affectifs naissants. L'utilisation du test du développement de Denver peut en partie, à l'occasion de ces visites ou lors de visites subséquentes à domicile, favoriser l'identification de retards spécifiques du développement. Les échanges déjà mentionnés avec les infirmières du D.S.C. les ont amenées à mettre au point, elles-mêmes, des méthodes de travail susceptibles de développer un programme de dépistage lors des cliniques de vaccination; ceci représente une voie d'accès importante à l'action préventive en santé mentale.

3 - Les foyers en état de crise

Le D.S.C. entend donner priorité aux foyers en état de crise afin de leur apporter un soutien et les aider à traverser une période difficile. On est à développer une stratégie d'aide aux parents en cas de mort subite du nourrisson. De plus, le D.S.C. participe aux activités du comité de protection de la jeunesse pour la surveillance de l'enfant maltraité ou négligé. Il en est de même pour les parents d'enfants handicapés, physiques ou mentaux, qui ont vraiment besoin d'un support, lequel peut leur être fourni par diverses associations, comme les associations pour déficients mentaux et autres handicapés, avec lesquelles des liens sont à établir. Le D.S.C. se doit donc de mieux préparer les infirmières à faire face à ces différentes situations, par un programme de formation approprié.

4 - L'amélioration des conditions de séjour des enfants hospitalisés

Nous ne préciserons pas l'importance des répercussions que peuvent entraîner chez l'enfant une maladie qui nécessite une hospitalisation. Bien que notre centre hospitalier soit très ouvert aux conditions particulières de ce type d'hospitalisation, il se présente, comme partout, des problèmes de stabilité de personnel et de structure de travail infirmier, ne répondant pas toujours aux besoins de l'enfant. Un comité interdisciplinaire formé de représentants de la pédopsychiatrie et du nursing a été mis sur pied avec comme objectif d'étudier les possibilités d'offrir aux enfants hospitalisés des soins plus continus et plus personnels qu'ils ne le sont actuellement, tout en gardant le milieu hospitalier aussi thérapeutique que possible.

5 - L'aide aux enfants de malades mentaux

Les enfants dont les parents souffrent de maladie mentale représentent souvent un risque élevé de mésadaptation. L'organisation des services hospitaliers de psychiatrie adulte, de psychiatrie infantile et de pédiatrie dans notre hôpital devrait permettre l'élaboration d'actions plus unifiées de ces services, auprès des familles concernées. Des discussions préliminaires ont déjà eu lieu à cet égard entre les services de psychiatrie adulte et infantile, et quelques séminaires sont prévus pour sensibiliser davantage le personnel clinique du service de psychiatrie adulte aux problèmes particuliers que traversent les enfants de malades mentaux. L'élaboration d'une approche plus globale de ces situations, en utilisant divers services tant hospitaliers que communautaires, devrait par la suite conduire à des solutions thérapeutiques plus centrées sur l'ensemble des besoins de la famille dont l'un des parents est affecté d'une perturbation mentale grave. Une utilisation plus élargie du service des soins infirmiers à domicile est envisagée dans ce contexte particulier.

6 - Promotion de la santé mentale auprès des professionnels et de la population

La promotion de la santé mentale suppose la diffusion de connaissances bien établies auprès des agents d'intervention qui sont sur la première ligne pour répondre aux besoins du public. La population elle-même qui recherche un mieux-être est souvent avide de connaître des moyens de résoudre les problèmes psycho-affectifs de la vie quotidienne, avant qu'ils ne prennent des proportions qui les rendent presque insurmontables. Au sein même du D.S.C., une première étape pour sensibiliser le personnel à la dimension de la santé mentale, a donc été d'organiser un séminai-

re de formation continue pour les infirmières. Les échanges à ce niveau ont vite éveillé le désir d'en connaître davantage. Une première liste d'ouvrages de référence sur ce sujet a été établie et un modeste centre de documentation mis sur pied, où l'on peut emprunter les volumes et documents désirés. Le comité consultatif s'est également donné pour tâche d'établir graduellement des dossiers d'information sur des sujets où une action préventive est envisagée. Ces dossiers, réunissant des documents pratiques choisis pour leur qualité scientifique et leur clarté, feront l'objet d'une publicité en vue de les mettre à la portée des professionnels de l'hôpital ou de la région, qui aimeraient en faire usage. Par ailleurs, le D.S.C. élaborera, à l'intention des professionnels, un programme d'information utilisant des moyens variés tels que rencontres, journées d'étude, envoi de communiqués, etc., avec l'objectif de leur faire connaître les réalisations dans le domaine de la prévention en santé mentale, les principaux problèmes rencontrés auprès de la population locale et certains moyens à utiliser pour y faire face, comme les ressources existantes du milieu, trop souvent méconnues ou mal utilisées. L'information directe à la population par le truchement des médias, tels que la presse ou la radio locales, est envisagée. La population reçoit par ces médias des renseignements de nature éducative, mais dont il lui est difficile de juger de la valeur réelle. L'objectif visé par l'usage régulier de ces moyens de communication est de développer une bonne perception des messages du D.S.C., comportant des qualités de crédibilité, fiabilité, utilité et continuité, ce qui, dans l'esprit de la population, devrait permettre de les choisir de préférence à d'autres de nature semblable et avec lesquels ils pourraient paraître en contradiction. La réalisation d'un tel objectif suppose une grande honnêteté intellectuelle dans la préparation de ces messages, basée sur le souci de ne transmettre que les données les mieux établies dans l'état actuel de nos connaissances. Voilà un idéal certes élevé mais vers le-

quel il faut tendre, pour aider une population qui a besoin d'être renseignée.

Réflexions sur le travail accompli

L'implantation d'un programme de prévention en santé mentale au sein des activités d'un D.S.C., peut se révéler relativement facile, dès que le directeur du département prend la décision de procéder, surtout s'il sait s'assurer de la collaboration de personnes des autres départements, désireuses de mettre leurs énergies au service de cette cause. Ce qui peut se révéler par la suite plus difficile, c'est que les idées qu'on choisit de transformer en projets et en actions le soient effectivement dans une perspective d'évolution progressive. Une implantation solide nécessitera rapidement la diffusion officielle des nouveaux programmes, engageant la responsabilité de les poursuivre. La tâche d'encadrer ces programmes doit également se préciser bientôt dans une organisation qui soit souple, sans rigidité ou complexité inutiles, mais où les rôles se précisent avec clarté.

Le comité consultatif rattaché au directeur du D.S.C., qui représente ce premier moyen d'encadrement, doit se choisir des objectifs concrets et se réunir de façon régulière pour en surveiller la réalisation. Il lui appartiendra de recommander éventuellement la structure qui pourra le mieux assurer à la santé mentale la place qui lui convient au sein des activités générales du D.S.C. Le développement des programmes d'interventions préventives en santé mentale ne se fait cependant vraiment que par l'intermédiaire des professionnels de première ligne. Il importe de souligner encore combien il faut développer chez ceux-ci, de façon concrète, ce que peut être la prévention en santé mentale, en utilisant le cadre des activités régulières où ils opèrent déjà.

En effet, cela ne représente souvent qu'une dimension ajoutée et précisée à un travail de prévention pensé selon une orientation plutôt spécifique que globale. Pour gagner les agents nécessaires à cette vision, il importe de partir de ce qu'ils connaissent et d'utiliser des stratégies aptes à préparer les milieux aux changements qu'une telle orientation peut présenter. La participation active des agents au développement des nouvelles interventions est essentielle pour assurer chez eux une motivation durable.

Dans tout le processus de mise en train, le directeur du D.S.C. doit payer de sa personne par la participation aux prises de position et de décision de son centre hospitalier, en regard de ces nouvelles perspectives de santé. Faut-il redire combien la réflexion, l'étude et la recherche sont nécessaires à ceux qui veulent promouvoir la cause de la santé mentale? La santé mentale est une réalité féconde mais mal connue, de sorte que pour stimuler le goût de la prévention dans ce domaine, il faut faire connaître des réalisations sérieuses, qui suscitent non seulement le désir de les imiter, mais la conviction qu'on peut le faire de façon compétente et relativement facile. Il est, de plus, essentiel de bien préciser les objectifs poursuivis et les résultats visés par le programme pour qu'une évaluation exacte puisse en être faite.

Ces quelques réflexions d'ordre général ont été suscitées par les problèmes d'application concrets rencontrés au cours des premiers mois de travail où, au sein de ce comité consultatif et dans les rencontres avec les infirmières et médecins, nous avons cherché à trouver des solutions pratiques. Nous nous sommes rendus compte qu'il fallait commencer en petit et bien, en concevant d'abord des programmes modestes susceptibles d'être réalisés par un noyau de travailleurs de la base bien motivés et compétents. Il faudra ensuite bien faire servir l'expérience

résultant des interventions réussies, en s'assurant de leur communication à de nouveaux noyaux d'intervenants qui en étendront graduellement la portée. Non limité au secteur de la santé, le programme de prévention en santé mentale du D.S.C. devra nécessairement étendre son influence. Il pourra le faire quand il aura consolidé ses assises dans son milieu d'action immédiat et dès qu'il pourra présenter des modèles relativement bien éprouvés.

GENETIQUE MEDICALE ET MEDECINE PREVENTIVE

GENETIQUE MEDICALE ET MEDECINE PREVENTIVE

Louis Dallaire

Serge Melançon

Pierre Delva

La génétique médicale et l'obstétricien

Les maladies causées par l'atteinte du matériel génétique, c'est-à-dire les gènes et les chromosomes, représentent un lourd fardeau pour l'individu et la société. Parmi ces maladies, un certain nombre suivent un mode de transmission classique ou mendélien, d'autres sont dites familiales et ont comme étiologie soit un ensemble de gènes, soit un complexe gènes/facteurs d'environnement qui en rendent l'étude des plus difficiles.

Les gènes sont composés de plusieurs centaines de sous-unités ou nucléotides qui constituent de longs filaments de matériel génétique, soit l'acide désoxyribonucléique. Les gènes sont situés sur les chromosomes, et l'individu reçoit la moitié de son matériel héréditaire de chacun de ses parents. Donc, les gènes fonctionnent généralement en paires et dirigent le fonctionnement cellulaire et la synthèse des protéines essentielles au développement et à la croissance humaine.

L'expansion extraordinaire de la génétique au cours des dernières années nous a permis de reconnaître parmi la population infantile un fort pourcentage de maladies d'ordre génétique et d'identifier de nouvelles entités pathologiques. Envi-

ron 5% des foetus viables ont une anomalie de nature génétique et les centres hospitaliers pédiatriques admettent au moins de 20 à 30% de leurs patients pour évaluation et traitement d'une maladie génétique franche ou d'une embryopathie se reflétant par la présence de malformations multiples chez l'enfant. Bien que nous soyons tous porteurs de gènes anormaux, le hasard veut que parmi les maladies génétiques très rares, seules quelques-unes d'entre elles se manifesteront, et ce, le plus souvent chez des couples consanguins pour qui le risque d'avoir un enfant atteint sera beaucoup plus élevé si la mutation existe parmi leurs ancêtres.

Quatre thèmes principaux seront discutés dans cet exposé: le conseil génétique, le diagnostic prénatal des maladies génétiques, le dépistage précoce des maladies métaboliques ou des syndromes dysmorphiques et, finalement, le rôle de la médecine préventive face à l'orientation des familles éprouvées.

1 - Le conseil génétique

1.1 Définition: le conseil génétique consiste à faire connaître à un individu ou à un couple la probabilité d'un événement néfaste, tel que la naissance d'un enfant handicapé, chez qui il pourrait y avoir un aspect génétique dans l'étiologie de la maladie. Cette information est transmise:

- soit à un homme ou une femme atteint(e) d'une malformation ou maladie congénitale (pied bot, anomalie cardio-vasculaire, diabète) et qui craint de la transmettre à ses enfants,
- soit à un couple qui s'inquiète de la présence dans l'une ou l'autre famille d'une ou de plusieurs personnes handicapées physiquement ou mentalement,

- soit à un couple qui cherche des conseils après la naissance d'un enfant handicapé,
- soit à un couple consanguin à la veille ou au début de leur vie matrimoniale.

Si c'est indiqué, tout couple ou individu devrait, avant de prendre une décision importante, comme celle d'avoir un enfant, obtenir une opinion éclairée.

1.2 L'étendue du problème des malformations et des maladies congénitales: leur épidémiologie

L'incidence des malformations congénitales les plus fréquentes est donnée dans le tableau I. Elles peuvent être classifiées comme suit:

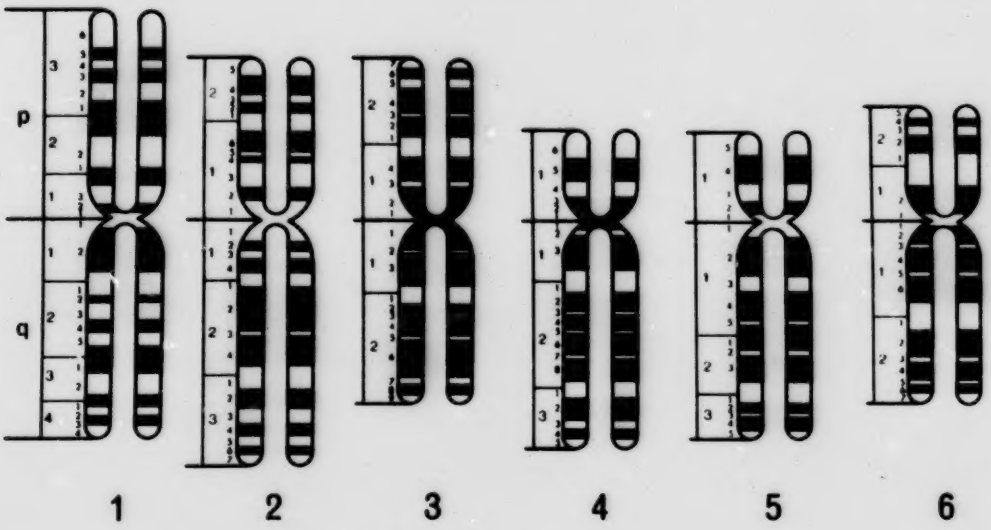
1.2.1 Les malformations causées par une erreur chromosomique:

Ceci peut résulter soit d'une non-disjonction au cours de la méiose ou de la mitose (avec, comme résultat, un zygote monosomique de 45 chromosomes, ou trisomique de 47 chromosomes),soit d'une aberration chromosomique de structure (délétion, translocation, inversion, duplication). L'erreur chromosomique sérieuse la plus connue est la trisomie du chromosome 21 ou syndrome de Séguin-Down (mongolisme). Depuis quelques années déjà, nous savons qu'un très fort pourcentage, plus de 50%, de tous les avortements ou fausses couches spontanées qui se produisent au cours des dix premières semaines de grossesse sont le rejet d'un foetus ou de tissus d'origine foetale dont le complément chromosomique est anormal: ceci explique en bonne partie pourquoi moins de la moitié des oeufs fécondés se rendent à terme.

Dans une autre étude, celle-ci concernant les mort-nés ou les enfants qui décèdent à la période néo-natale, on a établi cette fréquence à 5%: un pourcentage certainement beaucoup plus élevé que l'ensemble des nouveau-nés chez qui moins de 1% présentent une aberration chromosomique. Les nouvelles techniques employées pour l'étude des chromosomes humains vont maintenant nous permettre de circonscrire l'étiologie d'un certain nombre de malformations qui seraient causées par des remaniements chromosomiques non décelables antérieurement.

L'utilisation récente de la moutarde de quinacrine et de ses dérivés, de procédés de dénaturation et renaturation des chromosomes ou de digestion enzymatique a permis de mettre en évidence, soit par fluorescence ou coloration au Giemsa, des bandes chromosomiques, de même que des zones d'hétérochromatine localisées à la région du centromère (fig.1). Ceci implique une étude systématique de plusieurs types de malformations reconnues jusqu'à ce jour comme ayant un caryotype normal. Les syndromes connus, soit les pertes de segment d'un chromosome des groupes B et E, les trisomies d'un des membres des groupes D, E et G, ainsi que les multiples remaniements décrits, donnant naissance à une duplication ou délétion, s'accompagnent généralement de retard psychomoteur. Ce retard mental est cependant variable dans les multiples syndromes intéressant les chromosomes X et Y.

Figure 1 - Idiogramme partiel illustrant les bandes à l'intérieur des chromosomes 1 à 6.



1.2.2 Une malformation ou une maladie due à un ou à une paire de gènes défectueux (il s'agit ici des lois de Mendel)

- L'effet d'un gène délétère situé sur un autosome est dominant: le sujet atteint, de sexe masculin ou féminin, naît en général, d'un couple où l'un des conjoints est lui-même atteint. Si l'histoire familiale est négative, il peut s'agir d'une mutation. La figure 2 démontre l'hérédité autosomique dominante avec parent atteint; il y a une chance sur deux que le prochain enfant soit malade. L'âge d'apparition des symptômes dans les maladies héréditaires, et en particulier dans certaines neuropathies, peut être variable. Dans la chorée de Huntington, les premières manifestations cliniques ne sont souvent apparentes qu'à la quatrième décade. Il est important que l'obstétricien au courant de l'existence de cette maladie dans la famille de sa patiente (ou son conjoint) souligne au couple le risque de transmission de cette maladie.

- L'effet d'un seul gène mutant situé sur un autosome est récessif: s'il ne se manifeste pas, l'effet d'une paire de ces mêmes gènes au même locus est par contre néfaste. Le sujet atteint, de sexe masculin ou féminin, naît en général d'un couple normal. La figure 3 démontre l'hérédité autosomique récessive, avec parents normaux, mais porteurs ou hétérozygotes; on peut voir qu'il y a une chance sur quatre que le prochain enfant soit atteint (homozygote récessif).

Figure 2 - Hérédité dominante autosomique - un parent sur deux, et un enfant sur deux (masculin ou féminin) sont atteints.

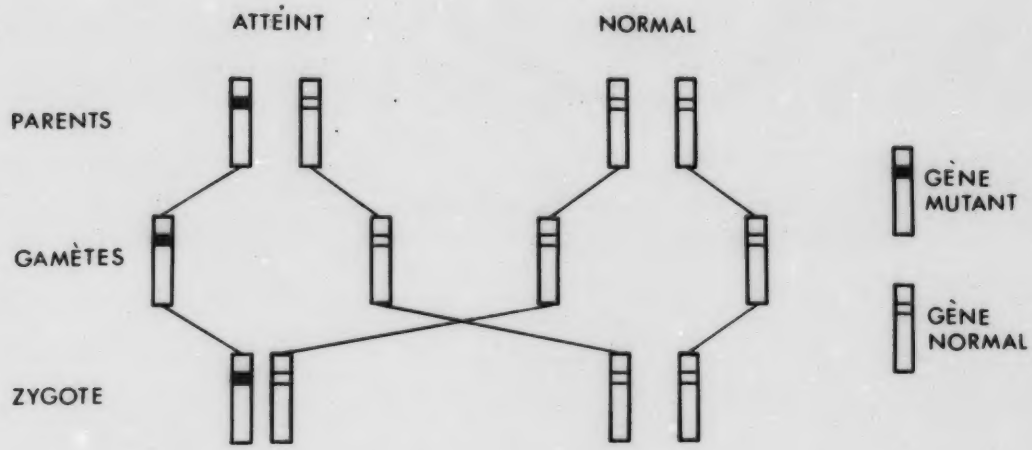
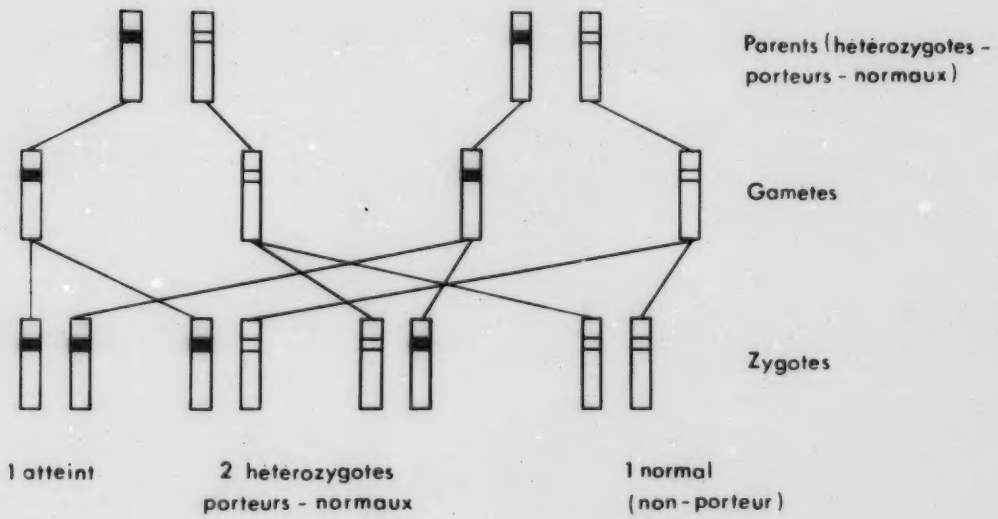


Figure 3 - Hérédité récessive autosomique - deux parents hétérozygotes normaux - une chance sur quatre que le prochain enfant soit atteint.



- L'effet d'un seul mauvais gène sur le chromosome X sexuel est néfaste chez l'homme et ne paraît pas (récessif) chez la femme: le sujet atteint, de sexe masculin, naît en général d'un couple normal. La figure 4 démontre l'hérédité récessive liée au sexe, avec une mère conductrice normale et un père normal; il y a une chance sur deux qu'un fils soit malade et une chance sur deux qu'une fille soit porteuse.

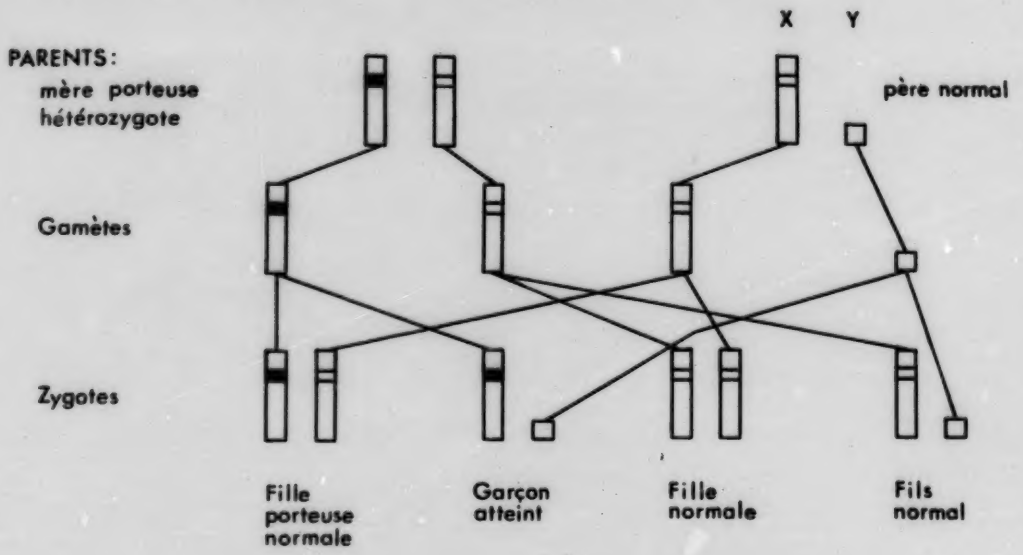
1.2.3 Les malformations congénitales plus fréquentes dues à des facteurs génétiques et en plus à des facteurs de l'environnement: donc à des causes multiples:

Nous savons qu'il y a des facteurs génétiques impliqués parce que ces malformations sont plus fréquentes dans la parenté du "propositus" mais non à un taux suffisamment élevé pour suggérer l'application des lois de Mendel; la probabilité de la naissance subséquente d'un enfant avec la même tare est une probabilité empirique basée sur des données recueillies dans une grande population.

1.2.4 Les maladies "constitutionnelles" (diabète sucré, goître, etc.):

Les facteurs génétiques en cause dans ces maladies ne sont pas tous connus et font l'objet de recherches biologiques et épidémiologiques.

Figure 4 - Hérédité récessive liée au sexe - mère porteuse normale, père normal - une chance sur deux que le prochain fils soit atteint, que la prochaine fille soit hétérozygote.



1.2.5 Les malformations congénitales causées plutôt par l'environnement:

Ici, nous pensons surtout à des facteurs infectieux (rubéole), médicamenteux (thalidomide, agents antitumoraux, hormones, antibiotiques), physiques (radiations ionisantes) pendant la grossesse, ou, associés à la naissance elle-même (prématurité, retard de croissance intra-utérine et souffrance foetale ou néo-natale).

1.3 Discussion:

L'estimé de 4.0% donné dans le tableau I pour l'incidence des malformations congénitales ou héréditaires est un estimé très conservateur. Nous estimons qu'une maman dont l'histoire génétique est négative a une chance sur 40 (2.5%) de donner naissance à un enfant qui présentera une anomalie congénitale quelconque décelable à la période néo-natale. Lorsqu'il s'agit d'une malformation sévère, le risque prend cependant une toute autre signification. Par exemple, si une maman vient d'accoucher d'un enfant porteur d'un méningomyélocèle, le risque pour elle d'avoir un enfant avec une malformation du tube neural à une prochaine grossesse est de 50/1000. Ce risque empirique se traduit par une probabilité de 5% que cet enfant soit anencéphale ou porteur d'un méningomyélocèle. Evidemment, elle n'est pas plus à l'abri du risque général de toute autre malformation.

En vue d'une décision à prendre pour le couple, les risques de 1% et de 50% sont arbitraires et reliés directement à la sévérité de la maladie, à l'histoire obstétricale de la mère et aux antécédents familiaux. La cardiopathie, la cataracte congénitale, la dysplasie ectodermique, ou la chorée de Huntington seront perçues de façon différente d'un couple à l'autre

et aucune loi de probabilité ne peut dicter une conduite à suivre de façon formelle. Les conseils donnés à une famille sous forme d'information concrète doivent toujours s'inspirer des antécédents médicaux et de tous les examens essentiels et disponibles pour préciser le diagnostic.

1.4 Ligne de conduite à suivre

Quand un enfant naît avec une anomalie quelconque, il faut donc compléter les examens qui s'imposent -histoire familiale complète, examen physique- et en arriver à un diagnostic clinique exact. On est alors en mesure de donner des conseils. Malheureusement, la conclusion n'est pas toujours facile:

1.4.1 L'erreur chromosomique peut être mineure, et difficile à préciser en étudiant le caryotype.

1.4.2 S'il s'agit d'une maladie autosomique dominante (achondroplasie), ou récessive liée au sexe (hémophilie) sans histoire familiale, il pourrait s'agir d'une nouvelle mutation, et le risque pour une maman d'avoir un deuxième enfant atteint ne serait peut-être pas augmenté.

1.4.3 "L'expressivité" (la sévérité clinique) de la maladie (ex. dysplasie épiphysaire)pourrait être diminuée, d'où l'importance d'examiner les parents avec attention.

1.4.4 Il pourrait s'agir d'une maladie autosomique récessive rare de forme variable (gangliosidose), d'où l'importance de passer en revue la littérature pertinente et de s'assurer que les parents ne

sont pas consanguins.

1.4.5 Il y a des syndromes qui ont des signes physiques en commun:par exemple, il y a plusieurs types de dyschondroplasie et il peut être difficile de savoir exactement de quelle forme héréditaire il s'agit sans l'aide de données radiologiques précises.

1.4.6 Certains syndromes héréditaires présentant un phénotype semblable peuvent avoir une étiologie et un mode de transmission différents: par exemple, la dysplasie ectodermique. Il peut aussi s'agir de phénocopies: dans la microcéphalie, si les examens ont permis d'éliminer une atteinte virale du foetus ou une erreur innée du métabolisme, l'analyse génétique peut parfois nous indiquer le mode de transmission du syndrome. Malheureusement, à la suite d'un premier accident, sans évidence d'hérédité dominante, il peut être très difficile de conseiller les parents sur une future grossesse; si le médecin a le moindre doute d'un risque de récidive probable, mieux vaut en prévenir les parents que de leur dire simplement que ces accidents ne se répètent jamais deux fois dans la même famille. Il faut donc être au courant des possibilités d'erreur, accepter que tous les chiffres mentionnés à date sont approximatifs et sujets aux variations raciales, saisonnières, ou d'environnement.

2 Le diagnostic prénatal des maladies génétiques

La possibilité d'un diagnostic génétique pendant la grossesse résulte de techniques nouvelles: la capacité de faire pousser des cellules humai-

nes in vitro, l'examen des chromosomes, les mesures enzymatiques, la technique de l'échographie, la possibilité de ponctionner l'utérus gravide avec un minimum de risque. On prélève du liquide amniotique par voie transabdominale environ 16 semaines après la date des dernières périodes. La mesure du diamètre céphalique biparïétal du foetus précise l'âge gestationnel. L'échographie révèle aussi des détails importants du foetus et des annexes. L'objectif est de déterminer si le foetus a une maladie précise, décelable par analyse du liquide ou des cellules amniotiques. Les parents vont alors décider, sur la base d'informations bien concrètes, de poursuivre ou de terminer la grossesse. Une brève présentation des indications pour l'amniocentèse, les résultats de l'étude canadienne et quelques problèmes sociologiques reliés au diagnostic prénatal, seront traités dans cette section du chapitre.

2.1 L'amniocentèse précoce dans le but de dépister une anomalie génétique est employée de plus en plus fréquemment. Des critères d'évaluation des grossesses à risque élevé sont un prérequis à l'examen et aux conseils qui seront donnés à la patiente. L'équipe fait appel à l'obstétricien, au généticien, au pédiatre et souvent au biochimiste spécialisé dans l'étude de certains problèmes métaboliques. Il est recommandé que toute demande de diagnostic prénatal soit étudiée par une équipe qui soit en mesure d'offrir l'ensemble des services requis.

INDICATIONS

2.1.1 Age maternel avancé: le risque de donner naissance à un enfant porteur d'une trisomie 21 (ou autre) est de 1/60 à 40 ans et de 1/40 de 40 à 45 ans. Dans certaines circonstances l'amniocentèse peut être faite chez la mère âgée de 35 à 39 ans mais non pas si la mère est âgée de moins de 35 ans.

2.1.2 Parent porteur d'un remaniement chromosomique: dans ce cas, le risque de donner naissance à un enfant qui aurait un complément chromosomique non équilibré est élevé (théoriquement de 1/3).

2.1.3 Aneuploïdie antérieure: le risque de récidive lorsque la mère a déjà donné naissance à un enfant porteur d'une trisomie est de l'ordre de 1%.

2.1.4 Anomalie chromosomique dans la famille: si un autre membre de la famille et non de la fratrie même souffre d'une aberration chromosomique, et ne connaissant pas les facteurs qui favorisent l'apparition de certaines anomalies chromosomiques, l'amniocentèse pourrait alors être envisagée.

2.1.5 Erreurs de métabolisme: le risque de récidive dans ces cas est de 25%. Si on peut identifier la déficience enzymatique, ou une autre pathologie par analyse des cellules du liquide amniotique, on peut procéder à l'amniocentèse. Un exemple ty-

pe est la maladie de Tay-Sachs caractérisée par une détérioration neurologique, trois à six mois après la naissance, évoluant vers le décès, qui survient généralement avant l'âge de 6 ans. Ce désordre est causé par une surcharge en lipides, secondaire à une anomalie ou à une déficience de l'enzyme hexosaminidase A (Hex A).

Il s'agit d'une maladie rare autosomique récessive, mais 3 à 4 % des Juifs Ashkenazis en seraient porteurs ou hétérozygotes:

- la maladie est donc restreinte à des populations bien définies;
- il y a une épreuve de dépistage pour les hétérozygotes qui est simple, économique, automatisée, avec risque minime d'erreur;
- quand les deux parents sont porteurs, il y a moyen de faire un diagnostic prénatal.

Des programmes de dépistage des porteurs de la maladie de Tay-Sachs, dans des populations à risque élevé ont été organisées dans certaines villes aux Etats-Unis, au Canada, en Angleterre, en Afrique du Sud et dans quelques autres pays. Ces programmes ont eu des résultats positifs, seulement quand des programmes d'éducation populaire avaient été organisés avant le dépistage proprement dit.

2.1.6 Maladies liées au chromosome X: si la mère est hétérozygote, le risque pour elle d'avoir un enfant de sexe mâle affecté est

de 50%. Il s'agit de situations qui doivent être discutées avec les parents et d'une décision à prendre à la lumière du fait que l'amniocentèse ne nous renseignera que sur le sexe de l'enfant. Ce mode de dépistage est accepté avec réserve à la fois par l'obstétricien et les parents. Treize centres universitaires ont participé à l'étude entreprise par un groupe de travail du CRM (Conseil de recherches médicales du Canada) entre janvier 1972 et mars 1975. Les résultats ont été publiés en 1976; 1020 grossesses ont été suivies et ont nécessité 1223 amniocentèses. Sur 990 patientes, 30 d'entre elles ont été suivies pendant deux grossesses (Tableau II).

2.1.7 Malformations du tube neural (anencéphalie/myéloméningocèle):

Les malformations ouvertes du tube neural s'accompagnent dans un fort pourcentage des cas d'une élévation des alpha foetoprotéines (AFP) du liquide amniotique entre les 14e et 16e semaines de grossesse. Le risque de récidive après une première naissance anormale étant de 5%, l'amniocentèse est indiquée sous réserve que l'on fasse part aux parents des limites de cet examen dont les résultats reflètent plus ou moins l'étendue et le degré de communication de la lésion.

Comme on l'a vu précédemment l'incidence d'une anomalie ouverte du tube neural (anencéphalie et méningo-myélocèle) augmente de 0.2% à 5% pour les mamans ayant déjà donné naissance à un enfant affecté. L'AFP est une a-1-globuline synthétisée par les cellules embryonnaires du foie, la membrane vitelline,

et le tube digestif. Sa fonction demeure inconnue. Sa concentration est maximale dans le sérum du foetus de 12 à 14 semaines et décroît par la suite, sa synthèse cessant à la naissance.

Sa concentration est beaucoup plus faible dans le liquide amniotique que dans le sérum du foetus. Les anomalies du tube neural sont souvent associées à une augmentation des AFP (probablement par transsudation) dans le liquide amniotique. Ce phénomène est aussi observé dans les cas de souffrance ou de mort foetale, d'iso-immunisation RH, de gémellité,de syndrome de Turner (XO), de néphrose, de trisomie 13 ou 18. Conjointement avec l'échographie et la mesure des AFP sériques maternelles, (M = 62 ng/ml, écart 10 à 160 ng/ml à 16 semaines), il semble que 85% des malformations ouvertes du tube neural peuvent tout de même être décelées pendant la grossesse. Il demeure qu'il y a un problème d'éthique: l'anencéphalie est toujours fatale. Certains cas de méningo-myélocèle peuvent avoir une vie relativement satisfaisante: l'examen des alpha foetoprotéines ne peut distinguer entre les deux extrêmes, et, pour les parents, la décision de l'avortement électif peut être difficile.

AUTRES RECOMMANDATIONS

L'amniocentèse ne doit être offerte que dans les cas précis mentionnés plus haut. En soi, l'anxiété pure et simple des parents n'est pas une raison valable pour pratiquer une amniocentèse. Les risques de l'amniocentèse doivent être expliqués aux parents. Seules les anomalies majeures décelables sans équivoque *in utero* doivent faire l'objet d'une intervention. L'échographie facilite la localisation du placenta et de la cavité amniotique, et prévient les contaminations du liquide par du sang maternel. Les précautions usuelles doivent être prises lorsque la mère est RH négative et qu'il existe un risque d'iso-immunisation. L'amniocentèse par voie vaginale est à éviter. L'âge gestationnel optimal pour pratiquer l'amniocentèse par voie transabdominale est de 16 semaines.

2.2 Problèmes sociologiques associés au diagnostic prénatal

2.2.1 Le premier problème important est celui de l'avortement: en général, les cliniciens sont d'accord pour discuter l'issue de l'amniocentèse séparément de celle de l'avortement: on ne peut s'attendre à ce qu'une femme enceinte décide de se faire avorter avant d'avoir le résultat de l'amniocentèse. L'attitude, les sentiments et les craintes des futurs parents ne peuvent être ignorés.

2.2.2 Faut-il promouvoir le dépistage? Il y a une grande différence entre l'éducation populaire et les conseils donnés à un couple en cabinet privé. Par exemple, faut-il proposer le dépistage systématique du mongolisme avec vigueur à toute maman âgée de 35 ans ou plus?

2.3 Conclusion

L'amniocentèse pour le diagnostic prénatal de certains types de maladies héréditaires ou partiellement héréditaires est une procédure sûre, fiable et exacte lorsqu'elle est faite à environ 16 semaines de grossesse par un obstétricien d'expérience avec l'aide de l'échographie. Une aiguille de diamètre 20-21 g est recommandée pour la ponction. Il semble préférable de reporter l'amniocentèse à une date ultérieure plutôt que de faire deux ponctions lors d'une même visite. Les résultats des analyses sont connus le plus souvent dans un délai de 21 jours. Dans l'étude canadienne, le pourcentage de pertes foetales et de décès dans la période néo-natale n'était pas différent de celui des pertes foetales et néo-natales des groupes témoins, provenant des rapports de statistiques vitales du Canada, de données cliques hospitalières, et d'une étude américaine touchant 1040 grossesses. Il y eut 33 morts foetales et 10 décès néo-natals dans les 1020 grossesses étudiées au Canada. Il y eut cependant deux cas d'amniotite (possiblement le résultat de l'amniocentèse) parmi les 33 morts foetales.

3. Le dépistage des maladies ou malformations totalement ou partiellement génétiques à la naissance

3.1 L'histoire familiale

L'histoire familiale doit être disponible avant de faire l'examen physique du nouveau-né; il est utile d'être informé de la présence dans la famille d'une pathologie qui pourrait être d'origine génétique, telle une surdité, une maladie de coeur congénitale, un diabète, etc. La primipare est de toute façon toujours un peu inquiète s'il y a un problème familial et elle ne demande pas mieux que d'être rassurée quant au développement de l'enfant qu'elle désire et qu'elle porte.

3.2 L'examen physique de l'enfant

Seulement quelques aspects de l'examen physique, en rapport avec le dépistage des maladies génétiques, seront mentionnés ici: le premier examen du nouveau-né est souvent incomplet, et on prend rarement en considération les indices "génétiques". Ce qui suit n'est pas exhaustif. L'objectif de cette section est de souligner l'importance de l'examen physique du nouveau-né dans le dépistage des indices qui peuvent nous mettre sur la piste d'une maladie génétique.

3.2.1 Examen général

Un poupon de petite taille, de faible poids, avec une tête petite, une hypotonie constante et dysmorphisme fa-

cial pourrait faire soupçonner une maladie associée à une aberration chromosomique, surtout si on retrouve d'autres anomalies touchant plus d'un système, par exemple, une malformation cardiaque, une anomalie oculaire...

De la somnolence, une mauvaise succion, des vomissements, un refus d'alimentation, une perte de poids, l'ictère, le ballonnement, l'oedème périphérique, des troubles cardio-pulmonaires ou de la crase sanguine sont parfois des symptômes d'une maladie métabolique (tyrosinémie, leucinose, etc.).

3.2.2 Tête et cou

Une malformation des oreilles externes qui se situeraient de façon anormalement basse est souvent associée à une malformation rénale. L'audition devrait être vérifiée avant le départ du poupon de l'hôpital: 95% de ceux-ci ont un réflexe normal de tressaillement (Moro) en réponse à un bruit (tel se frapper les mains). Les poupons qui n'ont pas le réflexe de tressaillement au bruit devraient être surveillés: la surdité congénitale affecte peut-être 1 poupon sur 2000 et, pour assurer un développement optimal, l'enfant sourd devrait avoir un appareil auditif dès l'âge de six mois. Les fentes palpébrales inclinées vers le haut et vers l'extérieur peuvent suggérer le mongolisme; l'absence du réflexe rétinien

(lueur rougeâtre uniforme) décelée avec un ophtalmoscope tenu à 30 centimètres du bébé est suggestif d'une cataracte congénitale. Une microphtalmie chez un enfant porteur d'anomalies multiples peut être associée à une aberration chromosomique. Une micrognatie peut être associée au syndrome de Treacher-Collins ou aussi à plusieurs autres syndromes malformatifs.

3.2.3 Le coeur

Un souffle cardiaque, ou un rythme cardiaque anormal, devraient être identifiés le plus tôt possible; 50% des maladies congénitales du coeur peuvent être dépistées.

3.2.4 L'examen de l'abdomen

Celui-ci devrait être fait en deça de quatre heures après la naissance: il n'y a pas encore beaucoup d'air dans les intestins, et les reins sont plus facilement palpables. Une pulsation fémorale absente suggère une coarctation de l'aorte. Un hypospadias ou une cryptorchidie peut refléter une ambiguité sexuelle d'origine génosomique parfois en mosaïque ou encore à un syndrome adrénogénital (hypertrophie du clitoris chez une fille).

3.2.5 Les membres

Les petits doigts courbés vers l'intérieur (clinodactylie), le pli simiesque de la paume (ou le pli palmaire

transverse unique), une divergence du gros orteil, une ligne plantaire profonde entre le premier et le second orteil peuvent suggérer le mongolisme. Mais le pli simiesque uni ou bilatéral est normal dans 1-2% de la population. Les hanches doivent être examinées avec soin, de routine, pour éliminer une luxation. Une hyperlaxité généralisée et excessive des jointures est normale dans 2% de la population; c'est une caractéristique héréditaire autosomique dominante si elle est associée à une hyperélasticité excessive de la peau.

3.2.6 La peau

Les taches mongoloïdes (taches bleu-noirâtre) à la région lombo-sacrée sont fréquentes dans toutes les races, excepté chez les Scandinaves et dans la race aryenne; elles disparaissent avec l'âge. Un excès de taches "café au lait" se rencontre dans la neurofibromatose et le syndrome de Turner.

3.3 L'examen biochimique (sérum et urine)

Le réseau québécois de dépistage des maladies génétiques à la naissance assure un diagnostic, des conseils génétiques et le traitement de plus de 30 maladies héréditaires. Les représentants des quatre facultés de médecine du Québec assurent la réalisation du programme subventionné par le ministère des Affaires sociales. Il y a environ 80000 naissances au Québec par année.

Ce qui suit est un bref résumé du fonctionnement du réseau.

3.3.1 Méthode

Du papier filtre est imprégné de sang capillaire (talon) quatre à sept jours après la naissance, ceci pour mesurer:

- le taux de phénylalanine (phénylcétonurie),
- le taux de tyrosine (tyrosinémie),
- le taux de thyroxine (T_4) (hypothyroïdie).

De la même façon, du papier filtre est imprégné d'urine 14 jours après la naissance. Les parents sont responsables de l'envoi de cet échantillon.

On mesure:

- les substances réductrices,
- la cystine,
- les cétones,
- les acides aminés par chromatographie unidimensionnelle,
- le taux d'acide urique et de créatinine.

3.3.2 Le dépistage

Tout résultat sanguin ou urinaire anormal est rapidement contrôlé par un rappel. Si le trouble métabolique persiste, le nouveau-né est dirigé immédiatement vers l'un des quatre centres hospitaliers universitaires. Des

équipes de généticiens, pédiatres, biochimistes, diététiciennes et le personnel paramédical assurent le diagnostic, le traitement et le "follow-up" génétique des patients.

3.3.3 Le traitement

Toutes les composantes des diètes restrictives sont distribuées gratuitement aux familles par une banque centrale d'aliments. L'évaluation périodique met l'accent sur les soins à domicile et les visites aux cliniques externes. Le traitement du phénylcétonurique commence en moyenne 17 jours (13-20 jours) après la naissance.

3.3.4 Les résultats

97% des services d'obstétrique participent volontairement au programme. 92% des naissances vivantes subissent les épreuves requises pendant leur séjour à l'hôpital,et plus de 80% des parents envoient le deuxième échantillon d'urine à 14 jours. Le tableau III donne l'incidence des maladies biochimiques au Québec telle qu'établie par le réseau.

3.3.5 La recherche

En plus d'améliorer les épreuves de laboratoire, les équipes sont responsables de projets de recherche aussi vastes que le dépistage de la thalassémie dans les grou-

pes ethniques à risque élevé et l'analyse des lipides sériques pendant l'enfance.

3.3.6 Conclusion

On peut conclure que ce programme provincial de dépistage vise une réduction de la prévalence du retard mental et de la morbidité associée à la phénylcétonurie, l'homocystinurie, la leucinose (ou maladie des urines à odeur de sirop d'érable) et à l'hypothyroïdie. On ne connaît pas d'enfant phénylcétonurique qui aurait échappé au programme de dépistage. Le programme de traitement a réduit les hospitalisations en permettant aux enfants de rester au foyer et de fréquenter l'école, réduisant ainsi le coût des services de santé.

4. Résumé

Ce qui précède est un aperçu général bref de la génétique médicale concernant l'obtétrique et la périnatalogie. Cet aspect de la génétique médicale est vraiment de la médecine préventive:

- prévention primaire quand les parents d'un tyrosinémique décident de ne plus avoir d'enfants après confirmation du diagnostic;

- de la prévention secondaire quand on dépiste un enfant phénylcétonurique à la naissance et qu'on le traite dès ses trois premières semaines de vie lui assurant ainsi, le plus souvent,

un développement normal.

Le conseil génétique aide aussi à supporter la famille pendant une période de stress; il faut comprendre les étapes que les parents doivent traverser avant de finalement accepter un enfant handicapé par une malformation congénitale; le choc des parents à l'annonce de la nouvelle, leur refus d'accepter le diagnostic, leur anxiété et parfois même leur hostilité sont toutes des réactions auxquelles le médecin aura à faire face. Heureusement, les moyens de prévention et de traitement permettent aux familles de prendre des décisions mieux éclairées pour l'avenir.

TABLEAU I: PROBABILITE D'AVOIR UN ENFANT ATTEINT D'UNE MALADIE/MALFORMATION CONGENITALE.

1. CONGENITALES ET/OU HEREDITAIRES	Incidence/ 1000 naissances	Accouchement subséquent
1.1 ABERRATIONS CHROMOSOMIQUES		
Trisomie 21 (mongolisme)	1.6	→ dépend de l'âge de la mère et/ou des chromosomes des parents.
Trisomie 13	.2	
Trisomie 18	.22	
Délétion du bras court du chromosome 5(maladie du cri du chat)	.001	
Syndrome de Turner (XO)	.2	
Triple X (XXX)	.325	
Syndrome de Klinefelter (XXY)	1.0	
Syndrome de l'XYY	.75	
autres aberrations plus rares	.7	
TOTAL	5.0	
1.2 UN OU UNE PAIRE DE GENES MUTANTS SUR UN OU UNE PAIRE D'AUTOSOMES, OU SUR UN CHROMOSOME SEXUEL		risques mendéliens
1.2.1 Maladies/malformations autosomiques dominantes les plus fréquentes:		
- neurofibromatose	.3	1/2
- achondroplasie	.3	1/2
1.2.2 Maladies/malformations autosomiques récessives les plus fréquentes:		
- fibrose kystique	.4	1/4
- phénylcétonurie	.1	1/4
1.2.3 Maladies/malformations liées au sexe, récessives, les plus fréquentes:		
- l'hémophilie	.1	1/2 pour mâles
- la dystrophie musculaire (type Duchenne)	.1	
1.2.4 Autres maladies des 3 groupes, tous rares mais il y en a plus de 2000.	0.8	
Total	2.0	

TABLEAU I: PROBABILITE D'AVOIR UN ENFANT ATTEINT D'UNE MALADIE/MALFORMATION CONGENITALE. (suite)

	Incidence/ 1000 naissances	Accouchement subséquent
1.3 MALFORMATIONS CONGENITALES COURANTES D'ORIGINE "MULTIFACTORIELLE"		
		risques empiriques %
- anencéphalie anomalies		
- spina bifida et ouvertes		
- méningo-myélocoele du tube neural	2.0	5.0
- hydrocéphalie	1.76	-
- malformation du système cardiovasculaire	2.11	0.6
- bec de lièvre avec/sans fissure palatine	1.0	4.0
- hypertrophie du pylore	4.0	6.0
- pied talus	1.0	3.0
- luxation de la hanche	.75	5.0
- autres plus rares	2.38	
TOTAL	15.00	
1.4 MALADIES "CONSTITUTIONNELLES"		
- diabète sucré	10.0	
- autres (thyroïde, hyperlipidémies, etc...)	8.0	
TOTAL	18.0	
TOTAL (1)	40.0	
2. ACQUISES, CAUSEES PAR L'ENVIRONNEMENT		
2.1 PENDANT LA GROSSESSE -		
- infections (rubéole)		
- médicaments (antitumoraux,etc...)		
- irradiation		
- accidents		
2.2 A LA NAISSANCE		
- prématurité		
- retard de croissance intra-utérine		
- souffrance foetale et néo-natale	10%	

TABLEAU II: SOMMAIRE DU RAPPORT CANADIEN SUR L'AMNIOCENTESE ET LE DIAGNOSTIC PRENATAL

1. INDICATIONS CHROMOSOMIQUES:

1.1 Age de la mère **	nombre examiné	nombre atteint	%	Diagnostic
35-39 ans	249	5	2.0	Trisomie 21 Trisomie 18 46,XY,7q (non équilibré) 46,XX, t(5;16)(p13;q24) Hypophosphatasie*
40 ans ou plus	217	13	6.0	8 Trisomies 21 2 Trisomies 18 Trisomie 13 XY/XYY -1-FP augmentée (mort foetale)
TOTAL	466	18	3.9	
1.2 Anomalie chromosomique dans la famille* **				
T21 avec un âge de la mère de 34 ans ou moins	238	3	1.3	T21 XXY malformation du tube neural
T21 avec un âge de la mère de 35-39 ans	33	1	3.0	XXY
T21 avec un âge de la mère de 40 ans ou plus	12	1	8.3	T21
Autre chromosome	66	1	1.5	malformation du tube neural
Translocation	14	7	50.0	non équilibré: 46,XX, t(1;4)(p32;q31) équilibré: 3t(D;G) t(D;D) t(5;9) t(13;14)
TOTAL	363	13	3.58	

TABLEAU II: SOMMAIRE DU RAPPORT CANADIEN SUR L'AMNIOCENTESE ET LE DIAGNOSTIC PRENATAL (suite)

2. INDICATIONS NON-CHROMOSOMIQUES: ****	nombre examiné	nombre atteint	%	Diagnostic
2.1 Maladies liées au chromosome X sexuel dans la famille (hémophilie, dystrophie musculaire type Duchenne)	33	23	69.7	mâle
2.2 Malformations du tube neural dans la famille	90	6	6.7	4 malformations du tube neural Trisomie 21 46, XX, t(2;4)(p14;q35) (? non équilibré)
2.3 Maladies métaboliques dans la famille	35	8	22.9	4 Tay-Sachs Gm_1 Gangliosidose Leucodystrophie métachromatique Sandhoff Lesch-Nyhan
2.4 Autres (exposition aux radiations, avortement à répétition, etc....)	33	0	0	
TOTAL	191	37	194	
GRAND TOTAL	1020	68	6.66	

* d'abord identifié par l'échographie

** les diagnostics ont été confirmés à la naissance (x3) ou à l'avortement électif (x15), excepté une trisomie 21 (foetus macéré, échec de culture).

*** les diagnostics furent confirmés à la naissance (x1) ou à l'avortement (x8) électif, sauf deux cas de malformation du tube neural (pas d'évidence d'anomalie à l'avortement) et les deux foetus XXY, macérés à l'avortement.

**** les diagnostics furent confirmés à la naissance ou à l'avortement électif sauf dans un cas lié au sexe (manque d'information sur l'avortement) et le foetus Lesch-Nyhan (manque d'information sur l'avortement). Six mâles avec une maladie possiblement liée au sexe étaient apparamment normaux à la naissance.

TABLEAU III

INCIDENCE DES MALADIES METABOLIQUES SELON LE PROGRAMME DE DEPISTAGE SANGUIN ET URINAIRE DANS LA PROVINCE DE QUEBEC

	Naissances vivantes
I. Acides aminés	
A. Déficiences enzymatiques:	
- Phénylcétonurie	1/25 000
- Hyperphénylalaninemie	1/11 000
- Tyrosinémie	1/13 000
- Histidinémie	1/10 000
- Acidurie argininosuccinique	1/90 000
B. Défaut de transport rénal:	
- Cystinurie	1/10 000
- Acidurie Dicarboxylique	1/35 000
- Syndrome de Hartnup	1/55 000
- Iminoglycinurie	1/12 000
- Acidurie B - amino - isobutyrique	1/90 000
II. Acides organiques	
Acidurie méthylmalonique	1/90 000
III. Substances réductrices	
Galactosémie	rare
Glycosurie	rare

REFERENCES

BERGSMA, D. (Ed. 1969-1975), The Clinical Delineation of Birth Defects, New York, National Foundation, March of Dimes.

Canadian Guidelines for Antenatal Diagnostics of Genetic Disease: A joint statement, dans Can. Med. Assoc. J., 111, 180, 1974.

CARTER, C.O., Genetics of Common Single Malformations, dans Brit. Med. Bull., 32, pp. 21-26, 1976.

CHILDS, B., Chairman, Committee for the Study of Inborn Errors of Metabolism. Genetic Screening, Programs, Principles and Research, Washington, National Academy of Sciences, 1975.

Conference on Standardization in Human Cytogenetics, Paris, 1971. Birth Defects: Original Articles Series Vol. VIII, No. 7, October 1972, National Foundation, March of Dimes.

DALLAIRE, L., La Génétique médicale et ses objectifs, dans L'Union médicale du Canada, 101, pp. 2663-2668, 1972.

DALLAIRE, L., La Prévention en obstétrique: Rôle de la Génétique médicale, dans L'Union médicale du Canada, 104, 1506-1513, 1975.

Diagnostic prénatal, André Boué (Ed.), INSERM, Paris, 1976.

FERGUSON-SMITH, M.D., Prospective Data on Risk of Down Syndrome in Relation to Maternal Age, dans Lancet, ii, 252, 1976.

HOOK, E.B. et HAMERTON, J.L., The frequency of chromosome abnormalities detected in consecutive newborn studies. Difference between studies - results by sex and severity of phenotypic involvement. Population cytogenetics, Hook, E.B. and Porter, I.H. (Eds), Academic Press, New York. (In press).

KULESHOV, N.P., Chromosome anomalies of infants during the perinatal period and premature newborn, dans Human Genet. 31: 151-160, 1976.

L'alpha-foeto-protéine, René Masseyeff (Ed.), INSERM, Paris, 1974.

LEMIEUX, B., Overview of Neurogenetic Disorders in Children and Inborn Errors of Small Molecules, XII Congress of Neurological Sciences, Quebec City, June 1977.

Les Accidents chromosomiques de la Reproduction, André Boué et Charles Thibault (Eds), INSERM, Paris, 1973.

McKUSICK, V.A., Mendelian Inheritance in Man. Catalogs of Autosomal Dominant, Autosomal Recessive and X-linked Phenotypes, Johns Hopkins Univ.Press, Baltimore, ed. 4, 1975.

NICHD National Registry for Amniocentesis Study Group. Midtrimester amniocentesis for prenatal diagnosis, dans J. Amer. Med. Assoc., 236, pp. 1471-1476, 1976.

POLANI, P.E., ALBERMAN, E., BERRY, E., BLUNT, A.c., et SINGER, J.D., Chromosome Abnormalities and Maternal Age, dans The Lancet, ii: 516-517,1976.

PUFFER, R.R. et SERRANO, C.V., Patterns of Mortality in Childhood, Washington,

Pan American Health Organization, 1973.

SIMPSON, N.E.; DALLAIRE, L.; MILLER, J.R.; SIMINOVICH, L.; HAMERTON, J. L.; MILLER, J. et McKEEN, C., Prenatal Diagnosis of Genetic Disease in Canada: Report of a collaborative study, dans Can. Med. Assoc. J., 115, pp. 739-746, 1976.

STEVENSON, A.C.; JOHNSTON, H.A. et al., Congenital Malformations, a Report of a Study of Series of Consecutive Births in 24 Centres, Genève, W.H.O., 1966.

A L'ECOUTE DE LA CLINIQUE DES NOURRISSONS

A L'ECOUTE DE LA CLINIQUE DES NOURRISSONS

Simon Richer, m.d. (1)

Quand un pédopsychiatre va voir et écouter ce qui se passe dans une clinique municipale de nourrissons, il aperçoit d'un coup plusieurs obstacles à la mise en train d'interventions ou de programmes de prévention. Les traitants actifs en psychiatrie pourraient voir la prévention comme superflue, puisqu'ils disent en faire dans leurs traitements. Ils la voient aussi comme une somme de travail supplémentaire. Enfin, elle risque d'être perçue comme une dévalorisation du traitement et des personnes qui y sont engagées.

Pour des professionnels de la santé par qui un tel projet serait mis en marche, la prévention c'est aller travailler dans la maison des autres, identifier leur style propre de travail et leurs modes de communication. Un professionnel s'intéressant à la prévention et connaissant les conditions dans lesquelles elle se fait ou ne se fait pas pourrait être une menace et passer pour quelqu'un qui imposerait du travail supplémentaire.

---

(1) Professeur agrégé de clinique, département de psychiatrie, université de Montréal, psychiatre au secteur 1, département de psychiatrie, hôpital Sainte-Justine, et consultant en pathologie précoce du développement au département de pédiatrie à l'hôpital Sainte-Justine, 3100, avenue Ellendale, Montréal H3S 1W3.

N.B. : Nous désirons remercier les infirmières de la clinique de nourrissons de la Ville de Montréal en poste à l'hôpital Sainte-Justine de leur collaboration, et en particulier Mlle Rose Thibault et Mme Jeannette Thompson pour leur engagement personnel et leur appui tout au cours de ce projet.

Dans ce projet que nous décrivons, le pédopsychiatre s'est identifié comme personne-ressource en santé mentale au sens large et a consenti à laisser brûler les feux des pathologies actives pour aller voir comment orienter les efforts pour mieux reconstruire sur la base. Il a refoulé l'anxiété et la culpabilité de ne pas rendre un service direct. Enfin, il lui a été essentiel de laisser au vestiaire son affiche de spécialiste.

Définition et objectifs du programme

Il s'agit d'un projet-pilote d'observation de professionnels de première ligne, infirmières de santé publique et pédiatres, et de leurs clients, dans leurs interactions réciproques à une clinique de nourrissons de la Ville de Montréal tenue à l'hôpital Sainte-Justine. L'observation a été faite par l'auteur et s'est poursuivie de novembre 1973 à juin 1974, à raison de deux après-midis par semaine les trois premiers mois, puis d'un après-midi par semaine les cinq autres mois.

La décision pour un professionnel de deuxième ligne d'aller constater directement en première ligne des situations pouvant conduire au dépistage précoce des troubles de l'affectivité a été motivée par une constatation clinique importante. En effet, la clinique pédopsychiatrique nous a révélé que les jeunes enfants souffrant de troubles émotifs étaient référés aux services spécialisés de la santé mentale à un âge avancé. Pour un sujet ayant été référé avec une pathologie grave pour traitement intensif de jour (Richer 1977), l'âge de 4 ans nous laissait voir combien les potentiels affectif et cognitif pouvaient déjà avoir subi des pertes importantes. Une nouvelle étude a confirmé depuis cette tendance à la référence tardive pour la consultation de santé mentale (Richer et Gantcheff 1977), puisque 42% des demandes de consultation dans un service de pédiatrie générale concernaient

la population âgée de 25 à 48 mois.

S'il s'agit d'une période de développement où les symptômes ne font plus de doute à un oeil exercé, nous avions des soupçons sérieux sur l'activité de dépistage en première ligne et sur les interventions de prévention structurées, pour de très jeunes enfants, soit de la naissance à deux ans. De plus, une brève enquête auprès de pédiatres sur la population d'âge scolaire nous faisait conclure que la période d'âge allant de 18 mois, soit la fin des vaccinations, jusqu'à 5 ans, âge d'entrée en maternelle, représentait une période critique où le jeune enfant risquait fort d'échapper à toute vérification de son développement. Nos deux types de constatations se recoupaient donc et nous engageaient rapidement dans le présent projet.

Parmi les objectifs généraux du programme, précisons surtout le dépistage précoce et la prévention des troubles émotifs chez le jeune enfant. Quant aux objectifs particuliers, ils découlent des premiers: tenter d'identifier les outils cliniques et personnels des professionnels de santé de première ligne et les obstacles à la pratique du dépistage précoce et de la prévention dans le curriculum médical et faire en sorte que se concrétise le développement d'une mentalité de prévention en santé mentale chez les professionnels de santé de première ligne.

Sur un plan théorique, nous sentions la difficulté de bien définir la prévention et d'articuler la théorie et la pratique. Nous espérions que cette dernière nous aiderait à préciser les combinaisons théoriques à réaliser pour tenir compte dans la clinique des plans multiples où jouent les facteurs de santé mentale, à savoir en perspective biopsychosociale. Nous avons été sensibles au mouvement qui se dessine de consacrer plus d'efforts d'action et de recherche aux facteurs auxquels peuvent être associés les troubles affectifs, la maladie mentale, les retards du développement chez le jeune enfant, l'épanouissement de la santé mentale et physi-

que.

Description du programme réalisé

Dans les six mois qui ont précédé la phase active de notre observation à la clinique de nourrissons, nous avons cherché à établir des contacts avec les professionnels de la santé déjà engagés dans un programme de sensibilisation à l'hygiène mentale dans leurs consultations aux cliniques de nourrissons et dans leurs visites à domicile. Cette formation était donnée aux infirmières par un pédiatre et centrée sur le dépistage des troubles (entendre ici retards) du développement par l'utilisation de l'échelle d'évaluation du développement de Denver (Denver Developmental Screening Test, DDST).

Une première séance réunissait les infirmières ayant suivi le programme mentionné, des infirmières d'expérience supervisant le programme d'enseignement aux infirmières de la Ville de Montréal, ainsi que deux médecins de secteur. Il fallait ici mieux connaître les professionnels de première ligne et leurs besoins, d'abord parce que nous n'étions par sur la première ligne; leur expérience devait être examinée, ainsi que leurs risques de biais; et nous voulions aussi connaître leurs moyens cliniques, en particulier leurs abords diagnostiques.

Les demandes originales du pédiatre avaient été de faire connaître les attentes des infirmières aux personnes-ressources en santé mentale. La réunion a abordé ce sujet; nous avons tenté de dépasser le niveau des demandes des mères au sujet des phases du développement de leur enfant, vu surtout sous l'angle des acquisitions à faire, pour déborder sur les véritables caractéristiques du développement affectif et plus spécifiquement sur la relation mère-enfant, parents-enfant. Nous avons retenu en particulier le désir des infirmières de santé publique d'établir des con-

tacts plus fréquents avec les enfants, après l'âge d'un an, et elles ont confirmé qu'on perdait de vue le jeune enfant dans la période de 18 à 60 mois. Les demandes de service direct n'ont pas tardé à venir. Nous avons surtout discuté alors de la nécessité de combiner l'oeil exercé de l'infirmière, vu son importante pratique clinique, à l'oeil exercé du professionnel de santé mentale, pour préciser ce qui est en vue d'obtenir une image de la personne en développement.

Un autre but de cette rencontre était de favoriser des contacts avec les infirmières de première ligne, qui aideraient, notamment dans les quartiers desservis par les équipes pédopsychiatriques de l'hôpital Sainte-Justine, à dépister les enfants ayant des troubles précoces de l'affectivité, pour les orienter vers les services appropriés. En effet, nous avions constaté au cours des dernières années que des services très spécialisés dans le diagnostic et le traitement des troubles graves du développement, comme une maternelle thérapeutique, pouvaient se trouver à manquer de cas.

Enfin, ce premier contact faisait se dégager des besoins de formation en cours d'emploi pour les professionnels de première ligne et nous permettait de faire des suggestions quant à la place du dépistage précoce des troubles du développement et de la prévention en santé mentale dans le curriculum futur des professionnels en formation. Etant encadré par deux pédopsychiatres et une infirmière psychiatrique, deux autres rencontres avec le même groupe nous ont fait préciser le champ de notre projet pilote et le choix des professionnels qui y participeraient. Dans une, nous avons présenté les données principales de l'observation de l'enfant de 5 à 13 mois, illustrée par un vidéogramme fait selon les techniques de Winnicott (1969). Dans l'autre, nous avons montré le film "Patterns of Mothering" de Brody et Axelrad, et des discussions ont suivi. Les participants ont cherché à mieux

se pénétrer des caractéristiques de la diade mère-enfant. Pour le professionnel de la santé mentale, personne-ressource à ce stade, il devenait clair qu'il ne fallait pas répondre à des demandes manifestes de service, pour évaluer ce qu'il devait "ne pas" apporter, et continuer plutôt à s'engager de l'intérieur dans la pratique courante des professionnels de première ligne.

La période de septembre à novembre a surtout été marquée par des démarches auprès des officiers de santé de la Ville de Montréal, de qui relève de près ou de loin le travail des infirmières de santé publique, pour obtenir leur permission en vue du stage d'observation et des visites à domicile. Des discussions avec le pédiatre responsable du programme de formation des infirmières en cours d'emploi à cette époque ont permis au pédopsychiatre de préciser son propre rôle dans ces échanges. Il a tenté d'identifier les attitudes des professionnels de santé au cours de leur propre travail et le rôle qu'ils assument ou qu'ils donnent aux autres professionnels, tout en jugeant, selon leur importance, leurs réactions affectives, risquant de gâcher les investissements. Nous verrons que cette démarche sera poursuivie par l'auteur tout au long de ses observations à la clinique de nourrissons.

Dans le travail de ce secteur, un pédopsychiatre a constaté les manifestations de résistance assez courantes de la part du personnel professionnel, observées directement dans l'exercice de leurs fonctions auprès des clients. L'identification par les infirmières de ce qui touchait à la vie fantasmatique des mères paraissait et leur faisait développer des attitudes d'éloignement psychologique. Nous gardions cette observation comme significative et nous voulions reprendre son interprétation à la lumière de nos constatations à la clinique de nourrissons de Sainte-Justine.

L'autre direction, prise par l'auteur, constitue le projet pilote actuel. Celui-ci a démarré par la rencontre en novembre 1975 que nous avons eue avec quatre infirmières de la Ville de Montréal en poste à la clinique de nourrissons, à l'hôpital Sainte-Justine. Les intéressées ont consenti à la présence d'un observateur de travail et ont accepté qu'aucun service direct ne serait accordé, mais que chaque séance d'observation serait suivie d'une discussion sitôt le client sorti ou à la fin de l'après-midi. Nous réitérons alors nos objectifs:

1. nous familiariser avec les besoins en santé mentale de la jeune population, qui se présente à la clinique pour des questions le plus souvent d'ordre somatique;

2. identifier les moyens cliniques utilisés par les professionnels de santé de première ligne, infirmières et pédiatres, dans leurs efforts de dépistage précoce et de prévention des troubles du développement chez le jeune enfant;

3. tirer des conclusions pouvant servir à développer le secteur de prévention et de dépistage précoce dans le cours destiné aux professionnels de la santé.

De décembre 1973 à juin 1974, nous avons poursuivi des observations hebdomadaires que nous allons maintenant résumer. En alternant, nous avons suivi chacune des deux infirmières qui se sont prêtées particulièrement à cette étude, dans leur travail à la clinique et au cours de quelques visites à domicile, pour mieux connaître les besoins de certaines populations, mieux interpréter leurs demandes, identifier les services offerts et les moyens cliniques utilisés par le professionnel.

A la clinique, nous nous sommes assis en retrait de la situation de consultation (vaccination, passation du Denver Development Screening Test, questionnaire), en restant relativement neutres, pour ne pas donner prise aux demandes des parents,

des professionnels eux-mêmes et ne pas risquer d'engager des relations trop chargées affectivement, d'où il aurait été difficile de se retirer; en résumé, les caractéristiques habituelles d'une observation non participante. Nous avons été présentés aux parents chaque fois comme quelqu'un qui s'intéresse au travail fait à la clinique et qui veut mieux connaître ce que font les infirmières. La majorité de la population parents-enfants a bien réagi à la présence de l'observateur, qui prenait des notes sur le genou, pendant le déroulement de la consultation. Les questions qui lui étaient parfois dirigées ont été orientées vers l'infirmière. Les avantages de l'observation non participante sont surtout de garder une distance optimale, de vivre la situation du dedans et du dehors, d'être à l'écoute des besoins relationnels sans s'impliquer, de juger, par nos impressions, comment nous aurions nous-mêmes réagi. La collecte et l'enregistrement des données en sont aussi facilités.

Constatations

Nous voulons d'abord faire une réserve. Les constatations et impressions que nous allons communiquer au cours de ce rapport, sur les attitudes et interventions du personnel professionnel, sont à juger dans un contexte essentiellement évolutif. Avant nos observations, nous avions émis l'hypothèse que l'utilisation du professionnel de santé allait se révéler un facteur déterminant, par lequel passeraient les interventions de dépistage et de prévention. De façon plus spécifique, nous croyions que de se sentir écouté des professionnels de première ligne à l'égard des demandes et plaintes de mères influencerait le mode d'intervention. Ainsi, le sens donné aux symptômes contemporains des phases de développement dépendrait de la capacité du professionnel à distinguer à l'intérieur des demandes un contenu latent,

ayant valeur de vécu relationnel particulier et contribuant ainsi à saisir la globalité de l'enfant, dans sa relation polyvalente avec ses parents. Citons une rencontre type des premières semaines de nos observations.

Illustration clinique

Il s'agit d'une fillette de 19 mois présentée pour vaccination et de sa mère, infirmière, qui se plaint que sa fillette traverse actuellement une période de refus de nourriture, la mère paraissant contrariée de l'opposition assez systématique qu'elle essuie de la part de sa fille. A ceci, l'infirmière répond en lui disant qu'il faut qu'elle ne soit pas anxieuse, ce à quoi la mère rétorque qu'elle le sait. L'intervention et l'attitude de l'infirmière révèlent qu'elle conserve son rôle actif et directif, qu'elle poursuit d'ailleurs en disant à la mère qu'elle doit laisser sa fille jouer dans les aliments et se servir elle-même dans ses plats. La mère répond qu'elle croit que sa fille a maigri, ce qui nous paraît être une autre manifestation de l'inquiétude de la mère et qui amène de la part de l'infirmière des manoeuvres de réassurance du type "ce-n'est-pas-bien-grave".

On peut retirer de ce court entretien que des conseils immédiats pourraient être indiqués, mais que l'infirmière a une certaine difficulté à adopter un rôle réceptif et à donner à la mère des messages non équivoques démontrant qu'elle était prête à l'écouter, ne fût-ce que quelques moments, pour voir ce que pourrait déceler son anxiété parce que sa fille ne mange pas comme avant.

Plus tard au cours de l'entretien, sans avoir été questionnée, la mère a proposé spontanément d'en dire plus. Elle a alors avoué qu'elle était enceinte d'un deuxième enfant, qu'elle prévoyait déménager au moment de l'accouchement, mais ne

savait où serait leur nouvelle habitation et qu'elle trouverait difficile de venir à la prochaine vaccination. Devant ces renseignements et l'attitude inquiète de la mère, l'infirmière ne lui a pas demandé comment elle comptait traverser cette période. Elle est demeurée factuelle, s'affairant à remplir le dossier et à procéder aux manoeuvres physiques.

Discussion

Nous avons peu après discuté avec l'infirmière de ce qui semblait s'être passé. Sans aborder des niveaux qui auraient pu être gênants pour elle, nous avons tenté d'évaluer les risques de ce symptôme, assez mineur, associé à une phase du développement, à savoir que le refus de nourriture et l'opposition aux aliments ne deviennent une organisation symptomatique. Celle-ci est possible devant de nouvelles exigences pour la mère et pour l'enfant: la naissance du nouvel enfant, le déménagement, l'anxiété déjà présente chez la mère. Cette anxiété, bien que minime, pourrait se développer lorsqu'elle aura à faire face à plusieurs situations qui lui demanderont beaucoup plus d'elle-même. J'ai alors appris au cours de la discussion que le premier enfant avait été entraîné à la propreté entre 9 et 13 mois. J'ai souligné à l'infirmière qu'il était loin d'être surprenant qu'on ait une période d'opposition à la nourriture et qu'il était indiqué qu'elle dise à la mère de laisser l'enfant jouer dans les aliments, ce qui rencontrerait en même temps un besoin oral et un besoin anal. Cependant, j'ai tenté de montrer aussi à l'infirmière qu'en donnant des conseils à la mère, elle devait en même temps écouter ses réponses pour savoir si ses suggestions étaient reçues et ce qui advenait de l'anxiété. L'infirmière a paru réceptive à cette proposition, et une discussion animée a suivi, durant laquelle l'infirmière a été affectivement engagée dans le processus de

découvrir comment on doit recevoir l'anxiété de l'autre dans une telle rencontre.

Illustration clinique

L'infirmière a ensuite vu un petit garçon de 3 mois qui en était à sa première visite et qui venait avec ses deux parents. C'est la mère qui le portait dans ses bras et elle a été la première à s'asseoir près de l'infirmière, le père demeurant face à moi, mais très activement intéressé à ce qui se passait entre sa femme, le bébé et l'infirmière. Les parents ont annoncé qu'il n'y avait aucune difficulté; ils paraissaient contents, détendus. La mère tenait le bébé de façon adéquate,elle était souriante et enjouée avec le bébé. Cependant, lorsqu'est venu le moment de l'administration du vaccin, elle a tendu le bébé à son mari, disant qu'elle ne pouvait voir une telle scène. Le père a pris le bébé, a suivi les indications de l'infirmière et la mère s'est caché les yeux pour ne pas voir la seringue et un geste qui lui paraissait cruel. Une fois rassis, le père nous a avoué qu'il était venu aujourd'hui non parce qu'il avait congé, mais qu'il avait pris congé parce que sa femme ne pouvait venir seule pour ce genre de chose et qu'après tout il se sentait bien justifié puisque d'autres compagnons de travail en faisaient autant.

Nous en sommes venus à la discussion plus précise de leurs sentiments devant la situation de leur bébé qui se fait donner une injection. La mère n'a pu accepter de venir seule et a demandé à nouveau à son mari de venir la fois suivante, car elle ne pouvait voir un acte passant pour cruel. Devant la position des parents, l'infirmière a agi de façon très habile, en les amenant à parler de leurs émotions, notamment à faire face à leur propre inquiétude de passer pour des parents cruels de livrer leur enfant à la souffrance.

Discussion

Par la suite, nous avons discuté avec l'infirmière et avons tenté d'évaluer le fait que la mère évite à ce bébé les situations où il y aurait de l'agressivité, plus particulièrement venant d'elle. Bien que la mère nous ait dit au cours de l'entretien qu'elle ne craindrait pas que son enfant se chamaille ou se bouscule avec d'autres quand il serait plus vieux, elle restait sur la défensive à imaginer des situations où elle aurait à intervenir de façon ferme et, partant, agressive. Nous avons convenu avec l'infirmière qu'il serait souhaitable que ces enfants soient vus par la même personne lors de la réévaluation et de la revaccination, pour ainsi utiliser la relation déjà établie des parents avec l'infirmière et pour approfondir, par des interventions exploratrices, des thèmes et attitudes déjà annoncés dans la première rencontre.

Impressions dégagées des premières observations

Regroupons maintenant nos considérations à partir des premières semaines d'observation car, après 2 à 3 mois, un processus d'apprentissage a joué et de nouvelles caractéristiques sont apparues:

1. passage du rôle de dispensateur de soins à celui de récepteur: pour parler de santé mentale avec le client, le professionnel est amené à passer d'un rôle actif, où il fait un examen, donne des conseils et prescrit, à celui qui consiste à recevoir ce que l'autre ressent et ce qu'il communique de façon plus ou moins cachée;

2. à l'écoute de contenus latents: ce que le client dit recouvre souvent

autre chose. Ainsi, être à l'écoute de symptômes peut révéler des contenus significatifs par rapport au vécu de l'enfant et de la famille;

3. le type de communication verbale et non verbale du professionnel de la santé influence de façon majeure l'obtention de renseignements et l'engagement affectif des clients pour arriver à révéler des facteurs importants touchant à leurs relations avec l'enfant et constituant des faits significatifs;

4. cette exploration du client, enfant et parents, fût-elle brève, circonscrite ou superficielle, implique nécessairement une perception suffisante de soi, pouvant demander un processus de meilleure connaissance de soi-même.

Nous avons recueilli, dans les périodes de discussion qui ont suivi les examens, des observations et des commentaires venant surtout des infirmières. Elles se sentent et se disent rassurantes auprès des mères ou des parents qui les consultent pour recevoir des conseils. Elles ont une perception positive de leur travail avec ses aspects affectifs. Elles accueillent facilement des suggestions. Elles parlent facilement de leurs propres réactions à la suite d'un examen et considèrent que la personne ressource de l'observateur est utile pour réviser immédiatement ce qui a été vécu et révéler des aspects de la situation qu'elles n'ont pas vus.

Visites à domicile

La connaissance suffisante du milieu familial et social devient une nécessité, si la prévention doit atteindre son objet, à savoir des populations d'enfants dépassant les individus. Nous savons que les infirmières de santé publique sont informées de toutes les naissances survenant dans leur quartier dans les 15 jours qui

suivent. Le contact établi à domicile à ce moment avec la famille revêt un caractère de dépistage d'autant plus impérieux que nous sommes en zone de familles à problèmes multiples, où il y a souvent correspondance entre familles à risques et enfants à risques.

Les visites à domicile que nous avons faites avec l'infirmière ont eu en plus pour objectifs de connaître davantage les aspects familiaux, relationnels et instrumentaux et ainsi nous permettre de replacer l'enfant dans son contexte habituel où les impressions de la clinique peuvent être infirmées ou confirmées. Un regard sur les autres enfants de la famille nous a également fait étendre notre action de façon plus concertée et nous a permis de juger si la poursuite d'autres investigations était nécessaire. La question de faire appel à des spécialistes d'autres disciplines place le professionnel de première ligne devant certains dilemmes. Il semble qu'il doive accepter de ne pouvoir régler seul tous les problèmes et de ne pouvoir jamais rassurer les parents complètement; alors l'offre de référence à un professionnel de deuxième ligne doit être faite en même temps qu'on indique sa discipline, qui, une fois connue, rend irréversible le processus de prise de conscience au niveau où se situent les difficultés.

Technique de l'entrevue

Après trois mois d'observation et de discussion, nous cherchons de plus en plus à explorer avec les infirmières quelles sont leurs difficultés à obtenir des renseignements pertinents en utilisant des techniques d'entrevue et de communication qui laissent les circuits ouverts. A plusieurs reprises, nous avons noté qu'elles font à cette étape des énoncés trop rassurants avant d'avoir tout exploré, posant une question et laissant entendre à la mère qu'il n'est pas nécessaire d'y répon-

dre. Exemple: "Comment va-t-il (le bébé) maintenant?", puis énoncé qui suit immédiatement le premier: "Il a l'air bien, hein?". Ceci empêche la mère de dire si effectivement l'enfant va bien ou pas bien et risque de bloquer la communication. Nous nous retrouvons alors en circuit fermé, où la mère n'a rien appris à l'infirmière et où l'infirmière a laissé entendre à la mère qu'elle n'est pas intéressée de savoir si l'enfant va véritablement mal et comment. Autre exemple: "Je pense que vous avez trouvé ça dur ces derniers temps mais ça va s'arranger". Nous voyons ici, dans le premier membre de la phrase, le souci de l'infirmière de partager les sentiments de la mère, mais dans le deuxième, elle bloque le partage réel de ce qu'elle a pu trouver pénible.

Il semble que ces praticiennes montrent qu'il leur est ardu de partager la vie intérieure ou fantasmatique des parents, laquelle leur paraît angoissante, ou pour le moins dérangeante, ainsi que les sentiments qu'ils éprouvent envers leurs enfants: rejet, amour fusionnel destructeur, surprotection, agressivité, trop forte identification à eux. En pratique, à ce stade, nous avons discuté avec les infirmières à leur niveau comment se déroule un entretien à caractère exploratoire, pour les sensibiliser à tous les facteurs de communication verbale et non verbale, aux interférences qu'elles introduisent et à ce en quoi consiste une sensibilisation à l'inconscient. Nous constatons alors également que les praticiennes ne semblent pas en général consacrer suffisamment de temps à explorer la relation mère-enfant, ou parents-enfant, à partir de ce qui leur est visible. Elles s'attardent plutôt à des éléments d'histoire, souvent d'intérêt secondaire, qui les placent très peu en position d'effectuer une vérification réelle. L'abord phénoménologique aurait ici beaucoup plus de fiabilité.

Importance de la continuité

Examinons cette notion en regard des contraintes administratives, de la proportion des cas problèmes et de la planification physique des lieux de travail des professionnels de la santé.

Notons d'abord comment certaines contraintes administratives peuvent compliquer, voire empêcher le dépistage et les conseils de prévention. Une infirmière rapporte que de récentes directives de la Ville de Montréal amènent l'infirmière à voir tous les cas de vaccination après qu'ils ont été examinés par le pédiatre. Ce jour-là même, l'histoire était recueillie au préalable par l'étudiant en médecine; les mères elles-mêmes semblaient peu enclines à redonner des renseignements déjà fournis au médecin, ce qui laissait peu de prise à l'infirmière pour une action en profondeur. Nous constations que l'infirmière aurait à établir une relation de continuité à partir de l'histoire, de la rencontre avec la mère, de l'observation de l'enfant, des épreuves de développement, de la vaccination et des conseils sur la diète, ce qui donne un continuum de grande efficacité pour juger de la relation et du développement.

Quant à la proportion des cas problèmes, nous avons constaté qu'un cinquième des cas se présentant à la clinique de nourrissons paraissait nécessiter une poursuite d'exploration de problèmes psychosociaux relevant des disciplines de la santé mentale. Pour départager de façon plus précise le type des problèmes présentés et les interventions nécessaires, une étude plus spécifique de ce secteur était indiquée. Dans la dernière partie de notre rapport cependant, nous donnerons huit exemples sous forme de vignettes cliniques, de problèmes-types et des ébauches de solution.

Une meilleure connaissance de l'enfant très jeune en regard de ses relations a-

vec ses parents résulte de l'observation que les professionnels de première ligne font au cours de l'examen, mais surtout accessoirement à celui-ci. Ainsi, nos observations dans la salle d'attente avaient-elles plus de chance de révéler l'enfant et la mère tels qu'ils sont, mais nous déplorions que le professionnel de la santé n'eût pas accès à ces données empiriques dans le cloisonnement de son bureau. Il en était de même des renseignements trop fragmentaires échangés entre le pédiatre et l'infirmière pour assurer la continuité. Nous concluons qu'une planification des locaux servant au diagnostic précoce global de l'enfant et des parents, conduisant à des interventions préventives, doit se prêter aux outils cliniques les plus adaptés à la saisie des multiples vécus parents-enfant, en dehors et au cours de l'examen.

Par la suite, les modes d'intervention que choisira le médecin trouveront une base plus sûre. Le fait que le même geste soit posé à ce moment-là par l'observateur non participant d'abord, puis participant au cours de l'examen, facilite beaucoup la valeur d'interprétation et la sûreté d'intervention. Dans le cas de l'actuelle fragmentation de la clinique de nourrissons, où des infirmières différentes se trouvent dans la salle d'attente et dans le bureau de vaccination, les interventions risquent d'être basées somme toute sur l'image que la mère présente dans le bureau avec son système conscient et toutes ses défenses en éveil pour masquer ce qu'elle veut bien.

Comme autre élément important de l'observation globale, nous avons pensé engager les professionnels de première ligne dans une généralisation à d'autres expériences ou situations à partir de petits épisodes de comportement bien observés dans le bureau. Ceci pourrait amener la mère avec son enfant devant des situations en apparence difficiles à supporter ou à rapporter. La véritable prévention est ici af-

fective et cognitive, mais s'effectue dans la mesure où le clinicien consent à assumer un rôle actif et non seulement à éliminer la pathologie.

Demandes de formation en cours d'emploi

A la fin de mars 1974, les infirmières ayant suffisamment vécu des situations cliniques variées partagées avec l'observateur, perçu leurs modes d'interventions et certaines de leurs limites, manifestaient de plus en plus leur désir d'être mieux informées et équipées pour intervenir au niveau du diagnostic et dans la disposition des cas. Le moment où cette demande est faite nous paraît significatif, c'est-à-dire après qu'un brassage suffisant eut fait vivre la situation sur plusieurs plans du fonctionnement de la personne. De plus, nous avons jugé révélateur que la demande vînt du personnel et qu'aucun programme ne fût bâti et amené de l'extérieur. Nous pensons que ces phases ne peuvent être brusquées ou accélérées.

On déplore que des demandes de formation en cours d'emploi aient trouvé peu de réponses à date, à cause des lenteurs administratives et d'une certaine forme de passivité des autorités devant cette question. Les infirmières ont souligné combien le public se montre maintenant beaucoup plus averti et devient plus exigeant; partant, le niveau des connaissances et le mode pratique des professionnels doivent s'élever. Nous nous sommes montrés d'accord avec cette constatation et nous leur avons renvoyé la question à savoir à quel niveau elles vont agir à l'avenir.

Les clarifications de nature théoriques, que nous avons faites vers la fin de notre stage d'observation, l'ont été le plus près possible de la clinique, en partant de notions déjà pressenties par les professionnels. Le développement normal et pathologique de la première année de vie en particulier a fait l'objet de dis-

cussions à propos des composantes affectives et cognitives, dans un langage accessible aux intéressées, et en nous servant de leur expérience d'observatrices, ayant un oeil exercé. Nous avons replacé l'évaluation du développement par le DDST dans un contexte plus global, ne voulant pas faire dire à une telle échelle ce qu'elle ne pouvait pas dire.

A mesure que la tolérance pour l'acquisition du savoir et du savoir-faire s'est accrue, nous avons abordé des techniques pouvant être plus perturbantes. Parmi celles-ci, des abords diagnostiques de type interactionnel, où le professionnel consent à se placer en communication avec les clients, risquent d'amener un grand afflux de facteurs de tous genres et peuvent être perçus comme plus troublants par le professionnel concerné.

Les techniques "interactionnelles" sont très profitables à la formation du professionnel de santé, pour qu'il devienne communiquant, et devraient faire partie de tout curriculum, afin que l'étudiant en médecine et l'étudiante infirmière puissent faire précocement l'apprentissage de leur propre personne en situation de communication.

Exemples typiques de dépistage, de prévention et d'interventions caractéristiques

Les illustrations cliniques qui suivent vont permettre d'identifier les problèmes présentés au professionnel de première ligne, le niveau des interventions possibles et par qui, le type de prévention et l'extension des soins de la santé mentale à des populations d'enfants.

1.- Troubles alimentaires bénins, prévention primaire:

Une fillette de 10 mois est présentée par sa mère au pédiatre pour un examen de routine et la vaccination. La mère parle peu avec le médecin, mais s'ouvre davantage avec l'infirmière. L'enfant mange moins bien depuis peu et est maussade et plus active. Le problème paraît simplement relié à la phase de développement traversée: plus grande recherche d'autonomie de l'enfant, locomotion et individuation, refus alimentaire et augmentation d'intérêts variés avec l'apprentissage. La mère semble avoir besoin de ventiler son anxiété et de se confier à quelqu'un.L'infirmière explore les tensions de la mère et certains facteurs de la situation.

Le travail dans ce cas peut être effectué par l'infirmière de santé publique ou le médecin. Il n'y a pas de troubles du développement de l'affectivité ni des fonctions cognitives, et la transformation des troubles reliés à l'alimentation en difficulté chronique peut être évitée en présentant à la mère la phase de développement en question comme une période sensible, utile à la mère et à l'enfant pour découvrir de nouveaux moyens d'adaptation. L'éducation populaire en période prénatale permettrait de mieux connaître ce que recouvrent souvent les troubles contemporains des phases de développement du très jeune enfant. L'éducation des étudiants en médecine et des infirmières doit se faire en considérant les symptômes dans une perspective dynamique du développement.

2.- Difficultés individuelles de l'enfant, recouvrant un problème familial, avec prolongements sociaux: prévention secondaire:

Le pédiatre de la clinique des nourrissons demande à l'infirmière et au pédopsychiatre observateur d'évaluer la gravité des troubles de langage d'un garçon de 30 mois, dont les parents ont montré à date une collaboration assez douteuse avec la clinique. Il aimerait surtout que soit déterminé l'engagement émotif des parents et la stimulation affective et cognitive dont l'enfant devrait profiter. Celui-ci

fréquente une garderie du quartier et les parents ne peuvent donner un compte-rendu satisfaisant de l'insertion de leur enfant dans ce milieu; les parents auraient peut-être avantage à être inquiétés au sujet du développement de leur enfant.

Ce type de problème paraît donc individuel et familial, possiblement cognitif et affectif. Il a des dimensions sociales à évaluer, en jugeant l'adaptation de l'enfant en garderie et la capacité de celle-ci à satisfaire ses besoins. Nous avons proposé dans ce cas une visite à domicile,à l'heure où les parents retrouvent l'enfant pour le souper. Puis l'infirmière a fait un examen du développement, en utilisant une échelle qui permet de s'en faire rapidement une idée du point de vue psychomoteur, quitte à pousser plus tard l'évaluation par des moyens plus raffinés.

L'enfant présentait des troubles de langage associés à une immaturité de son développement. Il manquait de stimulation affective, et ceci se reflétait sur le répertoire limité offert à ses besoins cognitifs. Il y avait là un certain retard.On peut parler ici de prévention secondaire: par une stimulation adéquate,il pourrait y avoir disparition des symptômes présents. Une forme de rééducation pourrait être ajoutée. En regard de population d'enfants, notons l'importance du dépistage actif et précoce des troubles du langage qui cachent parfois des vices de communication et de relation. Ici, il a fallu accepter en quelque sorte de déranger les parents, démarche à laquelle il faut consentir pour faire du dépistage actif. D'où l'importance pour le professionnel de première ligne de se déranger lui-même pour procéder dans cette voie. Le comportement social de l'enfant en garderie doit nous préoccuper pour déterminer les problèmes reliés à l'appartenance, à la stimulation,à l'insertion collective de l'enfant selon son âge.

3.- Affectivité émoussée chez un bébé de 7 mois, présage de troubles émotifs importants:

La détermination du pronostic à partir des symptômes présentés est délicate.Ici, il s'agit d'être très prudent avant de donner congé à une fillette de 7 mois et aux adultes qui en sont responsables, parents et gardienne de jour, sans avoir jugé de l'ensemble de son développement, de la relation mère-enfant en particulier. Chez ce bébé, l'affectivité était déjà atteinte, étant trop froide. L'enfant éprouvait peu de plaisir à être cajolée et ne cherchait pas activement les sources de gratification dans une relation signifiante.

Ici, l'alimentation psycho-sociale précoce doit être la première donnée de notre évaluation préventive. Comme on le sait, en plus des risques de carence, le début du retrait émotif chez le jeune enfant peut déjà s'observer dès 6 mois, âge où la relation objective s'organise. Le professionnel de première ligne peut l'évaluer en première approximation dans ses dimensions qualitatives et quantitatives,et faire appel secondairement à un examen pédopsychiatrique qui devrait être conduit en présence des deux parents.

Nous avons affaire ici à une enfant à risque élevé. Les désordres sérieux et précoces de la relation peuvent conduire à la psychose, et leur diagnostic est tout à fait possible avant l'âge d'un an. Le milieu familial de cette fillette est aussi à risque élevé, vu le peu de préoccupation et de vigilance offrant une relation significative de confiance. Une intervention rapide est essentielle. La prévention ici est de type secondaire. Il faut se convaincre que le diagnostic psychiatrique avec de très jeunes enfants est tout à fait possible et que la prise en charge de ce groupe d'âge par des praticiens très spécialisés repose sur une référence hâtive. Cette référence contribue également à une meilleure compréhension

des caractéristiques des bébés qui risquent de développer des pathologies du développement.

4.- Bébé hésitant, mère aux standards trop élevés:

Une jeune femme s'assoit avec l'infirmière et présente son garçon de 10 mois,disant qu'il lui semble avoir une "motricité fine peu développée" (sic). Il ressort des premières constatations que c'est un bébé normal, bien qu'hésitant, mais avec une mère qui le voit de façon trop intellectuelle et,partant, ne s'engageant pas suffisamment au niveau du corps. Elle le donne à voir comme un spécimen de laboratoire.

La tâche du professionnel de la santé est alors de vérifier comment les caractéristiques du bébé et celles de la mère s'articulent, et si les besoins du développement de la motilité sont satisfaits à cette phase. La mère ici est potentiellement pathogène par ses exigences. Il faudra suivre de près les hésitations du bébé à aborder le champ de la motilité et de l'exploration par le geste. Les conseils sont bienvenus pour élargir les permissions de la mère à augmenter le répertoire cognitif de son enfant en plus de la motilité. La prévention est à faire surtout en prévoyant que la phase anale avec une telle mère pourrait occasionner des accrochages.

Doit-on instituer une action thérapeutique ou non? Il faut d'abord vérifier s'il n'y a pas eu une éducation parentale mal intégrée et informer la mère pour éclairer ses perceptions du développement. On pourrait aussi exposer superficiellement certaines tensions ou anxiétés personnelles. Un programme de rééducation de la motricité est peu indiqué tant que l'observation à plus long terme n'a pas révélé de défauts plus spécifiques. La prévention primaire nécessite dans ces cas une

éducation populaire durant la grossesse. La connaissance par les parents de leurs propres traits de personnalité est presque une nécessité, tout en les sensibilisant à l'importance des interrelations parents-enfant. L'organisation de groupes de jeunes parents en discussion libre sur le développement précoce aiderait beaucoup les participants à se mieux percevoir.

Evaluation du projet réalisé

C'est par la voix des infirmières participant au projet que nous allons d'abord tenter d'évaluer les objectifs atteints. Elles ont constaté des répercussions positives à deux niveaux:

1. - Au niveau personnel:

1.1- Elles avouent avoir une perception plus adéquate des problèmes émotifs chez l'enfant en bas âge;

1.2- Elles sentent une augmentation de l'efficacité de leurs contacts avec la famille, due en grande partie à leur sensibilité accrue aux interrelations affectives entre ses membres et à une meilleure orientation de leurs propres interactions avec eux;

1.3- Elles se réjouissent d'un enrichissement de connaissances provenant surtout des échanges après les entrevues;

1.4- Elles se disent "apprivoisées" par la psychiatrie, se sentant plus assurées, plus ouvertes à cette spécialité vue antérieurement comme une science fermée ou à part.

2. - Au niveau de l'équipe:

2.1- Les rencontres de discussion après les entrevues ont permis de réaliser la nécessité d'une équipe multidisciplinaire en première ligne avec pour objec-

tifs:

2.1.1- le dépistage le plus tôt possible des problèmes d'ordre émotif chez l'enfant;

2.1.2- aider à corriger certaines attitudes, certains comportements dans la relation parents-enfant;

2.1.3- diriger la famille vers les services spécialisés, tel qu'indiqué.

2.2- Enfin, toutes les infirmières concernées se disent plus prêtes et plus disponibles à coopérer avec des équipes multidisciplinaires, par une compréhension renouvelée que la santé c'est l'affaire de tous ceux qui oeuvrent en ce domaine.

Les effets les plus immédiats de ce projet sur le personnel infimier rejoignent nos conclusions et recommandations. Nous les résumons ici en appuyant sur les secteurs de la formation du professionnel qui contribuent à une meilleure mentalité de prévention et de dépistage en santé mentale:

1. Formation en cours d'emploi du personnel de première ligne:

   - recyclage à partir de leur expérience
   - rôles des disciplines de la santé mentale
   - référence en consultation aux professionnels de santé mentale.

2. Formation du personnel de nursing et de médecine:

   - apprentissage de la combinaison du rôle de dispensateur de soins avec celui d'observateur et de "facilitateur" dans les paramètres relationnels et affectifs
   - sensibilisation à l'inconscient
   - apprentissage des techniques d'entretien

- perception et utilisation des caractéristiques personnelles des soignants
- déclenchement d'interactions simples avec les clients à partir de leur propre personne

3. Rapports entre la technique et la saisie de certains ordres de problèmes; la compréhension est fonction de la perception:

- au niveau personnel;
- au niveau matériel: replacer l'examen dans le contexte le plus global possible;
- attention à la fragmentation de la communication du personnel de première ligne;
- conditions administratives qui sont antithérapeutiques: limitation des actes pour certaines disciplines souvent d'origine bureaucratique;
- difficulté d'instituer une véritable politique de continuité du dépistage aux soins: ne pas utiliser toujours les mêmes personnes; assurer des visites à domicile hors des heures ouvrables en tenant compte de l'engagement personnel du professionnel de santé déjà requis et consentant.

4. Applications au programme de soins:

- se référer aux conclusions et recommandations du rapport du Comité de la santé mentale du Québec "La Prévention dans le Domaine de la Santé mentale";
- ce projet est venu convaincre ses participants que la santé est l'affaire de tous, qu'il faut penser en termes de la collectivité, qu'il y

a un grand nombre de facteurs à identifier;

- nous avons confirmé notre conviction que des praticiens de deuxième ligne ont un rôle actif à jouer dans le domaine de la prévention et que, tout en étant spécialistes, ils doivent redevenir généralistes en allant voir ce qui se passe sur la première ligne;
- nous avons aussi appris qu'il fallait expérimenter des techniques appropriées pour "éveiller" suffisamment les parents de très jeunes enfants, en allant rapidement au problème pour une action adéquate; les déranger sans que ce soit menaçant et sans faire intrusion dans des niveaux où il serait inutile de s'engager.

Conséquences immédiates:

1. Prévention et curriculum médical:

   Dès l'année académique 1974-1975, nous avons présenté les vignettes cliniques de prévention et dépistage précoce des troubles du développement aux cours sur le système psychique de 2e phase aux étudiants en médecine de l'université de Montréal, ainsi qu'aux externes et aux résidents en stage à l'hôpital Sainte-Justine dans le cadre d'une sensibilisation à la pathologie du développement et à la prévention.

2. Prévention et département de santé communautaire: depuis septembre 1975, nous avons assuré une soirée mensuelle sur la psychologie du couple par rapport à la grossesse, au travail, à l'accouchement et aux premières relations avec le bébé, au centre prénatal du Département de santé communautaire. Ces conférences et discussions ont été menées dans un esprit avoué de prévention.

Dans les domaines de l'éducation populaire, de l'enseignement universitaire et postuniversitaire, la réception de ces cours et leurs résultats ont été très favorables et ont ouvert de nouvelles perspectives sur la santé. Nous constatons donc l'intérêt accru des étudiants en médecine pour le normal et la santé, le dépistage précoce et le développement; nous nous réjouissons du début d'une nouvelle série de conférences sur l'insertion précoce du nouveau-né dans le cadre des conférences du centre prénatal du Département de santé communautaire.

Nous croyons que de tels projets pourraient assez facilement être reproduits,ou des portions de ceux-ci, en cherchant à étudier davantage des secteurs que nous n'avons qu'effleurés. Le curriculum de formation des infirmières demanderait à être revu dans cette perspective. Comme facteur primordial de réussite, nous soulignons l'engagement personnel des infirmières et de l'observateur dans une atmosphère de respect et de confiance réciproque. La perception discrète et patiente des nombreux facteurs en présence ne pouvait se faire qu'au rythme relativement lent des actes cumulatifs des intéressés, pendant plusieurs mois. Les techniques d'observation et de discussion utilisées pourraient inspirer les programmes de formation en cours d'emploi, le recyclage et la pédagogie du curriculum de nursing et de médecine.

REFERENCES

BROADY, S. et AXELRAD, S., Mother-infant interaction: forms of feeding at six weeks, and at six months. Film 16 mm. sonore, b et n, 49 min. et 42 min.

Infant Development Research Projects, U.S.A. Dist. Institut Canadien du Film, Ottawa, 1967.

CAPLAN, G. Emotional problems of early childhood, New York, Basic Books, 1955.

_____ Prevention of Mental Disorders in Children - Initial Explorations, New York, Basic Books, 1961.

_____ Principles of Preventive Psychiatry, New York, Basic Books, 1964.

RICHER, S., L'observation de l'enfant de 5 à 13 mois et de sa mère, en situation déterminée. Vidéo DH 57, Service audio-visuel, Hôpital Sainte-Justine, 1972.

_____ Pédopsychiatrie préventive et dépistage précoce: intervention thérapeutique au cours de la nutrition d'un bébé de trois mois, Union médicale du Canada, 104, 1975, pp. 611-618.

_____ Bébé ne veut pas dormir ou Histoire d'intervention pédopsychiatrique précoce, dans Cahiers pédopsychiatriques, no. 5, 1976, pp. 97-108.

_____ et GANTCHEFF, Hélène, L'équipe de santé mentale dans l'hôpital pédiatrique, dans Rev. neuropsychiat. infant., 25 (5-6), 1977, pp. 297-309.

_____ Evolution de 25 enfants perturbés traités en soins intensifs de jour. A paraître dans La Psychiat. de l'Enf., vol. XX, fasc. 2, 1977.

LA PREPARATION DU JEUNE ENFANT A L'HOSPITALISATION

LA PREPARATION DU JEUNE ENFANT A L'HOSPITALISATION

Elisabeth Rheault Hébert

I - DEFENITION ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le milieu hospitalier a toujours projeté une image mystérieuse, ou tout au moins inquiétante, qui engendre dès l'enfance un sentiment de crainte chez l'individu.De ce sentiment, découle un mouvement général de recul et même de fuite (avoué ou non) qui caractérisera plus tard toute son attitude face à la santé. Qui plus est,cette attitude sera encouragée par la pratique généralisée et bien ancrée dans ses habitudes d'une médecine presque essentiellement curative.

Une première mesure, qui se voudrait préventive dans le domaine de la santé tant mentale que physique, devrait se préoccuper d'amorcer chez l'individu, dès le jeune âge, le développement d'une attitude saine qui affecterait à long terme ses habitudes de santé personnelle.

La démarche entreprise pour la prévention en santé mentale qui sera décrite dans le présent article correspond mieux à l'appellation de modèle d'intervention qu'à celle de programme. Cette intervention peut être décrite comme une préparation psycho-émotive de l'enfant d'âge préscolaire à l'hospitalisation pour amygdalectomie. Cette mesure préventive prend la forme d'un petit manuel de bandes dessinées décrivant tout le processus de l'hospitalisation pour cette opération chirurgicale.

L'intervention a été élaborée dans le cadre d'une recherche sur la signification de l'hospitalisation pour l'enfant d'âge préscolaire, recherche qui se proposait d'étudier la conception que les enfants se font d'une telle expérience.

Cependant, il serait bon de préciser ici que dans notre recherche ce n'était pas l'effet de la préparation qui nous intéressait comme tel. La préparation était utilisée comme instrument de contrôle. Elle visait à nous assurer que chacun des sujets possédait une connaissance suffisante des amygdales, de leur fonction et de la nécessité de l'hospitalisation pour leur ablation. C'est de façon indirecte que la préparation que nous avons utilisée devient un modèle d'intervention. En effet, bien que l'amygdalectomie soit une intervention chirurgicale mineure, qui comporte relativement peu de danger et qui nécessite une hospitalisation brève, celle-ci peut constituer une expérience stressante pour le jeune enfant et sa famille. Pourtant, nous avons constaté qu'aucune information adéquate et facilement accessible, susceptible de réduire ce stress chez les jeunes patients et leurs parents, ne semblait disponible. C'est donc d'abord un souci de rigueur expérimentale puis la constatation d'un manque d'information accessible tant aux parents qu'aux enfants qui justifièrent l'élaboration d'un manuel de préparation.

De façon générale, cette préparation visait à donner à tous les enfants une explication juste et simple de ce qui leur arrive lors de leur séjour à l'hôpital,ceci afin d'éviter que l'hospitalisation devienne une mauvaise surprise pour l'enfant, un complot prémédité des parents et du personnel médical contre lui. Elle avait aussi pour but de le renseigner sur le fonctionnement de son corps et de faire disparaître ainsi certaines notions irréalistes que l'enfant aurait pu lui-même inventer et qui pouvaient être terrifiantes. Elle avait comme autre objectif de contrer l'effet de mauvais souvenirs possibles concernant des personnes (grand-mère,

oncle, etc.) qui seraient allées à l'hôpital et qui n'en seraient jamais revenues. Par la préparation, nous voulions éviter la formation de peurs phobiques pour tout ce qui est relié de près ou de loin aux soins médicaux et inculquer à l'enfant la confiance envers le personnel médical, et ainsi amorcer le développement d'une attitude saine qui affecterait à long terme ses habitudes de santé personnelle (Azarnoff, 1975).

La base théorique justifiant cette intervention réside dans la grande vulnérabilité émotive de l'enfant d'âge préscolaire lors de l'hospitalisation. Il se rattache aussi aux nombreuses observations démontrant que l'étrangeté du milieu hospitalier peut être une cause de perturbation chez les jeunes enfants et qu'une préparation psychologique adéquate peut réduire leur anxiété et faciliter leur rétablissement, ceci se manifestant par une période d'ajustement postopératoire plus courte et moins traumatisante (Cassell, 1965; Mellish, 1969; Prugh, 1955; Vernon, 1973-1974).

L'âge préscolaire est en effet reconnu comme une période où l'enfant est très vulnérable parce qu'il est encore dépendant de sa mère quant à son bien-être physique et moral, parce qu'il est égocentrique et que son sens de la réalité est pauvre, sa pensée étant encore toute intuitive, prélogique et facilement portée à la fantaisie (Piaget, 1945).

C'est aussi l'âge où la peur de la mutilation et des blessures est à son sommet, où l'enfant est souvent rempli de sentiments agressifs, qui se manifestent par une grande rivalité à l'égard du parent du même sexe ainsi qu'envers ses compagnons (Korsch, 1975). De plus, les années préscolaires sont celles pendant lesquelles l'enfant découvre et pratique de nouvelles façons de faire face au monde; il lui est donc très difficile de disperser ses énergies pour subir une expérience émoti-

ve trop accablante et quand même continuer cette croissance complexe psychologique de façon normale (Miller, 1970).

En ce qui concerne les différentes recherches sur la préparation, elles confirment l'hypothèse que l'information donnée aux enfants est bénéfique, parce que des menaces vagues et indéfinies sont plus bouleversantes qu'une menace connue et comprise. Haller (1967) soutient que si la période avant l'admission n'est pas utilisée pour préparer l'enfant, l'hospitalisation devient une mauvaise surprise pour celui-ci, mauvaise surprise dont les parents sont complices, et ceci peut sérieusement ébranler le climat de confiance existant entre les parents et l'enfant. Un autre aspect important de la préparation est qu'elle contribue à réduire les inquiétudes des parents qui sont alors plus en mesure d'aider leurs enfants (Mahaffy, 1965; Skipper, Leonard, Rhymes, 1968).

Prises dans leur ensemble, la plupart des recherches faites sur la préparation des enfants tendent à démontrer que les enfants préparés sont moins perturbés émotivement, qu'ils s'adaptent de façon générale mieux que les autres au milieu hospitalier et que leur comportement à la maison revient plus vite à la normale.

Ce sont-là en bref quelques-unes des considérations théoriques qui nous ont guidés dans l'élaboration du manuel de préparation.

II - LES INTERVENTIONS

Comme toute préparation adéquate, le petit manuel avait comme objectif de four-

nir une information factuelle, d'encourager l'expression des émotions des enfants et d'établir chez eux une relation de confiance avec le personnel médical. Ce petit manuel prend l'aspect d'une histoire illustrée racontant qu'un petit enfant doit se rendre à l'hôpital pour se faire enlever les amygdales. Notre choix de la bande dessinée est appuyé sur les nombreuses observations démontrant l'accessibilité de cette forme pour les enfants. (Haller, 1967; Altshuler, 1973; Murphy, 1972; Flandorf, 1967; Wolinsky, 1971).

Cette brochure est présentée sous forme de continuité, c'est-à-dire l'enfant à la maison, l'enfant à l'hôpital, l'enfant de retour à la maison, afin que celui-ci puisse se constituer une image mentale de ce qui va lui arriver et surtout se rassurer sur l'heureuse issue de son expérience, et, par le fait même éliminer, comme il en a déjà été question, l'effet possible du souvenir de personnes qui sont allées à l'hôpital mais qui n'en sont jamais revenues.

De plus, elle explique de façon réaliste la fonction des amygdales, les situe dans le corps humain et explique pourquoi on doit parfois les enlever. Par la suite, la brochure décrit les différentes étapes par lesquelles l'enfant doit passer. La description des étapes respecte la séquence des différentes procédures;l'histoire précise aussi qui se charge de ces procédures, comment et pourquoi elles sont appliquées. L'enfant est également prévenu des sensations qu'il est susceptible d'éprouver lors de certaines procédures, par exemple la senteur du masque d'anesthésie, la sensation de sommeil à la suite de l'injection, etc. On lui indique comment il se sentira lorsque l'intervention sera terminée, par exemple, qu'il aura encore mal à la gorge un certain temps après l'ablation des amygdales. Afin de contrer l'effet de toute idée préconçue ou négative à l'égard du personnel médical, celui-ci est évidemment présenté comme veillant au bien-être et à la santé des en-

fants

Afin de permettre à l'enfant de s'identifier au petit personnage, le manuel a été dessiné en deux formes: une où le personnage central est une petite fille,l'autre où c'est un petit garçon. Enfin, puisque l'hôpital où il a été utilisé,le Montreal's Children Hospital, dessert une population assez cosmopolite, le manuel était disponible en français et en anglais.

Ce petit manuel de préparation a été conçu pour les jeunes enfants âgés de quatre et cinq ans admis à l'hôpital de façon élective pour l'ablation des amygdales. Le manuel fut distribué à environ 30 enfants des deux sexes. Ceux-ci avaient été sélectionnés dans la liste d'attente fournie par l'hôpital à l'occasion de notre recherche. Les enfants étaient pour la plupart représentatifs de la classe moyenne et provenaient de familles où le père et la mère vivaient ensemble. Ils habitaient tous la région métropolitaine.

Chaque famille recevait le manuel de préparation lors d'une visite de l'expérimentateur à domicile environ une semaine avant l'admission de l'enfant à l'hôpital. Celui-là pouvait à cette occasion faire la connaissance de l'enfant;ils regardaient ensemble la brochure, puis l'expérimentateur expliquait aux parents le but de la recherche et leur recommandait de lire le texte à l'enfant à quelques reprises avant son séjour à l'hôpital.

III - EVALUATION DU MODELE D'INTERVENTION

L'efficacité du petit manuel n'a pas été vérifiée comme telle dans notre recher-

che, puisque ce n'en était pas le but. Nous sommes néanmoins en mesure de fournir ici une évaluation subjective grâce aux commentaires des parents, des infirmières et de quelques médecins qui l'ont examiné. Nous sommes aussi en mesure de porter nous-mêmes un jugement critique sur le manuel, sur ses qualités et sur ses faiblesses, suite aux constatations et aux réflexions faites tout au cours de l'expérience.

Le manuel s'est aussi révélé une source utile d'information pour les parents. Selon certains d'entre eux, il constituait une entrée en matière aussi rassurante qu'attrayante pour aborder avec l'enfant le sujet inquiétant de l'hospitalisation. Par le biais du manuel, les parents pouvaient mieux comprendre les craintes que l'enfant se laissait aller à exprimer et ils étaient mieux préparés pour l'aider à les dissiper.

Certaines infirmières ont constaté une différence entre les enfants non préparés et ceux qui l'étaient. Ceux-ci semblaient plus décontractés lors de leur entrée à l'hôpital, plus calmes lors des différentes interventions, par exemple, les "intrusions" anales et cutanées, moins effrayés par le personnel médical et semblaient mieux adaptés d'une façon générale que les autres enfants. Les médecins ont apprécié la simplicité du texte et de l'image. Chaque étape de l'hospitalisation est abordée selon eux de façon positive et réaliste; les images ne sont pas chargées de renseignements qui risqueraient d'induire l'enfant en erreur.

En ce qui nous concerne, l'expérimentation du petit manuel nous a permis de constater certaines qualités et certaines faiblesses, et nous a permis d'entrevoir les changements à lui apporter pour en faire une mesure préventive valable.

En premier lieu, c'est la réaction franche de certains enfants dès leur premier

coup d'oeil dans le petit manuel qui nous a permis de vérifier qu'il comporte un potentiel certain d'identification. Une petite fille aux longues tresses s'exclama joyeusement à la vue de l'héroïne aux tresses aussi longues: "Oh! regarde, c'est moi ça!". Une autre, à la vue de la poupée de l'héroïne et en montrant la sienne qu'elle venait de quérir: "Regarde, moi aussi j'en ai une comme ça!".

Même si toutes les petites filles n'ont pas nécessairement des tresses, ou même si elles n'ont pas toutes une poupée semblable à celle de l'héroïne, il demeure clair que ce qui est important ce n'est pas l'anecdote, les tresses, la poupée... mais la description réaliste d'un fait, l'hospitalisation, rendue possible par l'anecdote qui ne devient alors qu'un langage, qu'un moyen de communication avec l'enfant.

Si nous insistons sur le caractère réaliste du manuel, c'est que nous voulons qu'il soit un guide pour que l'enfant puisse se représenter, et plus correctement qu'il pourrait le faire seul, ce qui lui arrivera réellement lorsqu'il sera lui-même à l'hôpital, et non pas une aventure où l'on ne verrait que les aspects plaisants de la situation, ou un conte de fée qui encouragerait les fantaisies de l'enfant. Nous avons été aussi en mesure de constater que la longueur de l'histoire (texte et image) respectait la capacité d'attention des enfants d'âge préscolaire qui pouvaient facilement suivre le déroulement de l'histoire jusqu'à la fin, c'est-à-dire durant quelques 20 pages. Le fait que le manuel de bandes dessinées soit aussi un livre à colorier encourage la participation active des enfants. Chaque enfant peut feuilleter le livre à plusieurs reprises et choisir les images qu'il veut colorier.

Il nous faut mentionner que la brochure comporte certains défauts techniques. A certains endroits il s'agira de donner plus de détails, à d'autres nous aurons à a-

méliorer certains dessins afin de réduire de possibles ambiguités et pour rendre la brochure encore plus attrayante pour les enfants.

En dépit de sa qualité professionnelle,puisqu'elle a été conçue pour une recherche dans un hôpital déterminé, la brochure devrait être standardisée pour s'adapter à tous les hôpitaux et non pas seulement aux hôpitaux spéciaux pour enfants. En effet, il existe peut-être certains éléments que nous avons décrits dans la brochure (salle de jeux) ou certaines routines (les repas dans une salle commune) qui ne se retrouvent pas dans tous les hôpitaux. Nous avons pensé qu'il serait bon d'inclure au début du manuel une page de présentation aux parents expliquant l'importance d'une telle préparation et comment y participer. La distribution du manuel,du fait qu'elle exigeait le déplacement de l'expérimentateur pour chaque enfant, a soulevé certains problèmes. Il semble que la distribution du manuel par le praticien lui-même lors de la visite de l'enfant avant l'hospitalisation serait une solution beaucoup plus avantageuse.

Il n'existe pas à notre connaissance de programme semblable pour les enfants dans les hôpitaux. Ce qui existe habituellement est une information générale sur le séjour à l'hôpital, sans aucun détail spécifique concernant quelque forme de chirurgie en particulier. Quant à l'information générale fournie aux parents,elle est plus que nécessaire mais elle gagnerait à être complétée par plus de renseignements sur les différentes interventions de chirurgie et sur la façon d'en parler aux enfants.

IV - CONCLUSION ET REFERENCES

L'expérience que nous venons de décrire et de commenter a pour but immédiat la prévention de perturbations psycho-émotives possibles chez le jeune enfant à une période et dans des circonstances où celui-ci est particulièrement vulnérable. Et, conséquemment, elle vise à engendrer chez l'enfant le développement d'une attitude saine et positive face à la santé en général.

Si nous insistons autant sur la nécessité d'agir sur des enfants en si bas âge, c'est qu'il semble que la manifestation d'une certaine crainte face aux hôpitaux et à la médecine apparaît dès l'enfance. Il serait donc logique de traiter le mal à la source, ou mieux encore de le prévenir tout simplement.

La forme de prévention que nous avons décrite se voulait au départ exploratrice, et nous sommes conscients de sa spécificité et des limites que celle-ci impose.Nous travaillons présentement à la rendre plus applicable à une plus grande population ainsi qu'aux différentes formes de chirurgie reconnues comme étant les plus communes à la période de l'enfance.

Il sera possible d'obtenir plus de renseignements au sujet de cette mesure préventive en communiquant avec l'auteur.

BIBLIOGRAPHIE

ALTSHULER, ANNE, Children's books about hospitalization, Association for the care

of children in hospitals Newsletter, 1, 7, 1973.

AZARNOFF, P., BOURQUE, LINDA, GREEN, J.A., RAKOW, S., The preparation of children for hospitalization. National institute of mental health, University of California, 1975.

CASSELL, SYLVIA, PAUL, M.H., The role of puppet therapy on the emotional responses of children hospitalized for cardiac catherization, dans Journal of Pediatrics, 71, 2, 1965.

FLANDORFF, VERA. S., Preparing a child and his family, dans General practice, 31, 107, 1965.

HALLER, J.A. (ed.), The hospitalized child and his family, Baltimore, John Hopkin Press, 1967.

KORSCH, BARBARA, M., The child and the operating room, dans Anesthesiology, 43, 2, 1975.

MAHAFFY, P.P., The effects of hospitalization on children admitted for tonsillectomy and adonoidectomy, dans Nursing research, 14, 12, 1965.

MELLISH, R., Preparation of a child for hospitalization an surgery, dans Pediatric clinic of North America. 16, 3. 1969.

MILLAR, T.P., The hospital and the preschool child, dans Children, 17, 170, 1970.

MURPHY, DIANE, C., The therapeutic value of children's literature, dans Nursing Forum, 11, 141, 1972.

PIAGET, J., La formation du symbole, Delachaux et Niestlé, Neuchatel, 1970.

PRUGH, DANE, G., A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness, dans American journal of orthopsychiatry, 23, 70-106, 1955.

SKIPPER, J., LEONARD, R., Children, stress, and hospitalization: field of experiment. In Caro (ed.),dans Readings in evaluation research, New York, Russell Stage Foundation, 1971.

VERNON, D.T.A., Use of modeling to modify children's responses to a natural, potentially stressful situation, dans Journal of applied psychology, 58, 351, 1973.

VERNON, D.T.A., BIGELOW, D.A., Effects of information about a potentially stressful situation on responses to stress impact, dans Journal of personality and social psychology, 29, 50, 1974.

WOLINSKY, GLORIA, F., Materials to prepare children for hospital experiences, dans Exceptional child, 37, 527, 1971.

PARTIE III: REALISATIONS DANS LE SECTEUR PRESCOLAIRE ET PRIMAIRE

L'école où, à un moment ou l'autre, tous les enfants passent paraît un milieu idéal pour exercer une action préventive en santé mentale. Si ce point de vue est largement répandu, nombre d'éducateurs souhaiteraient cependant qu'on se soit occupé, bien avant le début habituel de la scolarité, des enfants présentant des risques au niveau de la santé mentale. Cette section présente deux programmes s'adressant aux enfants de 4 ans et à leurs parents. Les deux programmes qui ont plusieurs aspects communs illustrent la collaboration étroite des services sociaux et des services scolaires. Celui que décrit Denise Taillefer a été réalisé dans des milieux défavorisés desservis par les services scolaires de la Commission des écoles catholiques de Montréal et a engagé la participation d'un nombre relativement élevé de personnes. Le programme rapporté par Madeleine Desrosiers est d'envergure plus modeste; il a été réalisé avec des moyens limités, et l'auteur y expose avec à-propos le cheminement de la pensée d'une praticienne recherchant l'efficacité de son action.

Au niveau de l'école primaire, le texte de Jacques Lalanne décrit un programme de développement affectif et social qui a pour but, dans le cadre pédagogique, d'apporter à l'élève des ingrédients susceptibles de promouvoir son évolution vers une personnalité plus saine et épanouie. Il met à la portée des enseignants un moyen d'aider les enfants à prendre conscience d'eux-mêmes, de leurs interactions et des façons d'actualiser leur compétence à divers titres. Le dernier texte de cette partie traite du développement du langage en milieu scolaire. Son objectif ne vise pas spécifiquement la santé mentale. Il a été retenu cependant parce qu'il illustre bien comment le point de vue de la santé mentale est omniprésent là où il s'agit de développer un aspect particulier du fonctionnement de l'enfant handicapé. On doit ce texte à Christiane Brunelle.

LES PARENTS A L'ECOLE

LES PARENTS A L'ECOLE

Denise Taillefer

CADRE THEORIQUE [1]

1. Le rôle de l'école

Depuis quelques années, la conception du rôle de l'école a évolué vers des préoccupations d'éducation au sens le plus large du terme. L'école a donc été amenée à se fixer des objectifs et à assumer des responsabilités qui débordent le cadre des apprentissages scolaires et universitaires traditionnels. De plus, on conçoit maintenant l'éducation comme un processus qui s'étend sur toute la vie de l'individu et qui englobe tous les secteurs d'activité et de réflexion. Si l'école n'assume pas à elle seule toutes les responsabilités éducatives de la société à l'égard de l'individu, elle a toutefois un rôle important à jouer. Par ailleurs, en ce qui concerne sa clientèle-cible plus particulière, c'est-à-dire les enfants d'âge scolaire, on réalise de plus en plus que l'école, tant par ses horaires et son fonctionnement que par le contenu de ses programmes, ne répond qu'en partie aux besoins

---

1 - Les idées contenues dans cette section ont déjà été exprimées par l'auteur dans le document "Projet-Garderie", publié en juin 1975, par la division des services spéciaux, service des études, Commission des écoles catholiques de Montréal. Ce document a été écrit conjointement par Michèle Lauzon et l'auteur du présent article.

éducatifs des enfants. Compte tenu de cette disparité entre les notions nouvelles sur le rôle de l'école et son fonctionnement concret, on est amené à repenser le partage des responsabilités tant avec les familles de ces enfants qu'avec les autres organismes responsables de la croissance des individus: services sociaux, de santé et de loisirs.

2. Le jeune enfant et l'école

Compte tenu de l'importance primordiale des premières années dans le développement de l'individu, l'éducation du très jeune enfant doit constituer une des préoccupations majeures du système scolaire dans une perspective d'intervention précoce, de prévention, d'aide et de collaboration avec les parents. Ce n'est que depuis une date relativement récente que le système d'éducation public assure un minimum de services à l'enfant de 5 ans. Depuis quelques années, s'ajoute à ceci un service semblable pour les enfants de 4 ans en milieu socio-économiquement faible, là où la commission scolaire en fait la demande. Il ne faut toutefois pas perdre de vue les autres secteurs de la vie de l'enfant. Celui-ci n'est pas qu'un "éduqué". Il a aussi des besoins en terme de santé, de loisirs et plus encore de sécurité affective. Dans ce sens, le développement de ressources de type scolaire pour la petite enfance répond à un certain niveau de besoins. Ce n'est pas une panacée universelle. L'école peut toutefois enrichir son apport par sa collaboration avec les autres agents qui entourent l'enfant, principalement ses parents.

3. Le rôle primordial de la famille

Nous sommes tous conscients que les personnes les plus significatives dans la

vie d'un enfant sont ses parents. Et plus l'enfant est jeune, plus cela est vrai. Aucune action éducative efficace ne peut donc être entreprise sans la collaboration réelle et active des parents. Depuis quelques années, nous assistons à la mise sur pied de projets qui visent à intégrer activement les parents à la vie de la classe. Par ailleurs, les parents eux-mêmes ressentent le besoin d'être mieux informés,plus soutenus et d'avoir des échanges entre eux en ce qui regarde l'éducation de leurs enfants. Il importe donc de développer et de diversifier de plus en plus les interventions destinées à aider les parents à s'acquitter le mieux possible de leurs devoirs.

Or, en même temps que l'on constate que la société en général devrait davantage partager avec les parents la responsabilité du développement des enfants, on remet en question la relation qui, en général, a prévalu jusqu'à présent dans les cas où des institutions sociales ont voulu aider les parents ou les remplacer.

On réagit de plus en plus pour conserver ou remettre à la famille des responsabilités qui, dans certains cas, étaient complètement transférées soit au système scolaire, soit aux services sociaux. Devant une telle situation, les auteurs du rapport CELDIC sentent le besoin de rappeler que la famille a à la fois le devoir et le droit de s'occuper de ses enfants. Ils considèrent que trop peu est fait pour appuyer les efforts des parents et prévenir la détérioration des enfants,alors que les services offerts à l'enfant en difficulté très souvent écartent la famille et essaient de la remplacer plutôt que de la renforcer.

Le problème est connu, et si certaines politiques visent à le minimiser, des initiatives heureuses ont créé d'autres modes de fonctionnement. Mais le danger demeure et il importe d'en tenir compte dans la mise sur pied de services publics. Il est nécessaire, d'une part, que les parents reçoivent de la société l'appui dont

ils ont besoin en ce qui concerne l'éducation de leurs enfants et, d'autre part, il faut s'assurer que les services rendus ne diminuent pas l'importance de la famille à ses propres yeux comme à ceux de la communauté et des organismes de services. Il faut aussi considérer que les parents n'ont pas tous la même conception de leur rôle, mais le fait que certains parents se révèlent peu disposés à collaborer ne saurait justifier qu'on ne les y invite pas.

4. La famille et l'école

Cette réaffirmation de la nécessité d'aider les parents si l'on veut aider l'enfant trouve un appui dans certains travaux de recherche. Des programmes à domicile ont été expérimentés aux Etats-Unis pour favoriser le développement d'enfants de milieu socio-économiquement faible. Raquel Presser [2], dans une revue de la littérature à cet effet, cite deux recherches dont les résultats permettent de constater que les effets de tels programmes sont plus durables dans le cas où le parent a l'occasion d'agir directement sur son enfant et d'apprendre d'un parent-éducateur des façons de stimuler et de jouer avec son enfant que dans le cas où les exercices sont démontrés au parent mais effectués par un spécialiste. Dans un autre contexte, l'expérience des "Parent and Child Centers" développée dans le prolongement de "Head Start" semble également significative. En amenant les parents à participer activement au développement de leur enfant, ces centres qui utilisent un personnel de quartier visent à valoriser les uns et les autres. Les résultats semblent intéressants, tant au niveau du développement des enfants que des efforts de

---

2 - Betsalel-Presser, Raquel, "Centre de jour éducatif - implications psychopédagogiques d'un programme destiné aux enfants de moins de 2 ans" (Thèse de ph.d. en éducation préscolaire et élémentaire, mai 1974).

coopération entre voisins et, par le fait même, de l'amélioration de la qualité de la vie dans le quartier.

Enfin, citons le projet expérimental dirigé par Burton White [3] à Brookline. Il s'agit d'une étude longitudinale visant à évaluer le développement général d'enfants qui sont suivis avec leurs parents dès leur naissance. Les services offerts mettent l'accent sur le rôle des parents comme partenaires "senior" dans l'éducation de leurs enfants et comprennent le dépistage précoce et le traitement rapide des déficits pouvant nuire aux apprentissages des enfants, ainsi que le développement des aptitudes éducatives des parents par de l'information, des visites au foyer, la disponibilité d'un centre de ressources (jouets, livres, etc.) et de consultation (professionnels, parents plus expérimentés). Dans l'ensemble, l'étude du partage des responsabilités entre les services publics et la famille fait ressortir que, dans l'éducation des enfants, les parents ont besoin d'aide à plusieurs niveaux, mais qu'il est primordial que l'aide offerte soit de nature à développer une relation plus satisfaisante avec leur enfant.

---

3 - White, B., Reassessing our educational priorities (Paper presented at the educational Commission of the States Early Childhood Education Symposium held in Boston, Mass., August 3-4, 1974).

LE PROGRAMME

1. Contexte où se situe le programme

En 1970, suivant l'exemple de nos voisins du sud, la CECM [4] mettait sur pied un plan d'aide aux écoles situées en milieu socio-économiquement faibles. On avait réalisé que le taux d'échecs scolaires, entre autres, était beaucoup plus élevé dans ces écoles et que les enfants, dès l'entrée à l'école, ne semblaient pas posséder les prérequis nécessaires à l'acquisition des connaissances académiques de base. Ceci semblait vrai tant au niveau des connaissances générales que du langage et des comportements émotifs et sociaux. A ce moment, cette situation ne fut pas reçue comme une déficience dans la performance attendue par la culture scolaire, laquelle est calquée sur la culture de la classe moyenne.

Pour remédier à cet état de choses, plusieurs programmes furent mis en marche à divers niveaux: santé (supplément alimentaire, présence assidue du personnel médical), services professionnels (présence accrue des services de psychologie, orthophonie, service social, psycho-éducation), mesures administratives (réaménagement de locaux, addition de matériel, petite caisse de dépannage) et pédagogie (addition de personnel enseignant, orthopédagogie, visites éducatives et classes de plein air, et, finalement, ouverture de maternelles pour enfants de 4 ans). En effet, une

---

4 - Commission des écoles catholiques de Montréal.

des réponses logiques à la déficience perçue, paraissait être d'intervenir plus tôt dans la vie de l'enfant pour lui inculquer ce que la sous-stimulation de son milieu ne lui avait pas permis d'acquérir à temps: c'était ce qu'on pourrait appeler du "rattrapage préventif".

Dans cette optique compensatoire, ce service s'adressait prioritairement aux enfants sélectionnés en fonction des critères suivants: carences dans le développement du langage, retard général du développement intellectuel, moteur ou social,situation familiale génératrice de problèmes, retard scolaire chez les aînés de la famille. La maternelle 4 ans avait pour objectif principal de prévenir les problèmes scolaires au moment où ces enfants commenceraient l'apprentissage académique proprement dit. Toutefois, un fait nous apparaissait bien réel; inutile d'agir auprès de l'enfant si l'on n'intervient pas parallèlement au niveau des parents pour les aider à être "plus stimulants".

Sans vouloir commenter l'évolution de la mentalité entre 1970 et maintenant, ce qu'il importe de souligner c'est que notre perception a changé: nous reconnaissons à la classe défavorisée un mode de vie et une culture qui lui sont propres et qui sont rationnels face à une situation réelle et objective. Plutôt que d'adapter l'enfant à l'école, on réalise que l'école doit s'adapter à l'enfant, à ce qu'il est, à ce qu'il vit. Ceci est impossible sans une connaissance réciproque école-milieu et un profond respect mutuel. Le rapprochement de l'école avec la famille demeure primordial dans le sens développé en première partie. Toutefois comme pour les enfants, l'approche compensatoire disparaît.

2. Définition et objectifs du programme

Le programme "rapprochement famille-école" a été confié au Bureau de service social. Nous avons choisi d'intervenir globalement auprès des parents de chaque groupe-classe. Il ne nous semblait pas important, en vue de nos objectifs, de nous concentrer sur des "parents-problèmes"; nous avons cru plus pertinent d'avoir une approche de type préventif, c'est-à-dire adressée à toute une tranche de population (parents d'enfants de 4 ans) pour prévenir les difficultés d'adaptation à l'école et l'espèce de contradiction si fréquente que doit vivre l'enfant en fonction des attentes différentes de l'école et de la famille.

La modalité la plus fréquente est la suivante: au moment de l'entrée scolaire, on offre aux parents une série de 10 à 12 rencontres hebdomadaires avec une travailleuse sociale scolaire, laquelle travaille toujours en collaboration avec la jardinière et parfois aussi avec d'autres professionnels des services aux étudiants (orthophoniste, psychologue, infirmière ou autre). Globalement, l'objectif de ces rencontres est le suivant: il s'agit de favoriser l'établissement d'une relation famille-école (soit parents-professeurs) qui soit fonctionnelle, en vue d'assurer à l'enfant la meilleure utilisation possible des ressources éducatives disponibles.

Cet objectif peut être atteint de différentes façons selon les caractéristiques de chaque groupe de parents concernés. Il s'articule toujours en trois volets:aide aux parents, aux enfants et à la jardinière, selon des priorités différentes.Les sous-objectifs suivants peuvent être retenus:

- Permettre aux parents et à l'école d'être des partenaires dans l'éducation des enfants en suscitant une plus grande participation des parents à la vie de l'école en général et à l'expérience scolaire de leur enfant en particulier;

- informer les parents sur le développement général de l'enfant de 4 et 5 ans, et sur les objectifs et activités des classes de maternelle;
- aider les parents et les valoriser dans leur rôle d'éducateurs;
- permettre aux parents de prendre conscience de leurs besoins et, éventuellement, d'élaborer des services pour y répondre;
- transmettre aux jardinières une connaissance du milieu social qui leur permette d'utiliser au maximum le vécu de l'enfant et les caractéristiques de son milieu;
- permettre un dépistage précoce des enfants qui présentent des problèmes particuliers d'apprentissage ou de comportement, ou les deux à la fois;
- initier les jardinières à certaines formes de travail direct avec les parents.

3. Les intervenants

C'est le service social scolaire qui est responsable du programme "rapprochement famille-école" à l'intérieur des maternelles de l'Opération-Renouveau. Nous avons choisi d'intervenir globalement à deux niveaux: d'abord auprès des parents de chaque groupe-classe de maternelle 4 ans, mais aussi auprès de l'équipe des jardinières qui assumaient ces groupes-classes. Parlons d'abord de notre intervention auprès des jardinières. Il est certain que cette intervention visait non pas à aider les jardinières comme telles mais plutôt d'en faire des partenaires intéressantes, aptes à collaborer avec nous au rapprochement famille-école.[5]

---

5 - Vu la nouveauté d'un programme adressé aux 4 ans et l'orientation particulière qui lui était donnée, les jardinières ont bénéficié de 1970 à 1976, d'une journée d'étude par semaine. Cette journée leur permit de se rencontrer et d'échanger des idées de façon non formelle, mais surtout de se perfectionner et de créer une approche adaptée à leur jeune clientèle. C'est aussi dans le cadre de ces journées que nous avons travaillé avec elles l'aspect "Travail avec les parents".

La formation qui leur a été donnée comprend divers aspects: de l'information sur la clientèle, c'est-à-dire sur le milieu social dans lequel elles travaillent, les modes de collaboration possible avec la travailleuse sociale et, finalement, le rôle qu'elles peuvent jouer elles-mêmes directement auprès des parents.

En effet, quand on parle de rapprochement famille-école, il est important que les parties en présence puissent communiquer directement et non pas toujours par personne interposée. Le travailleur social joue le rôle de catalyseur, en ce sens qu'il prépare le terrain de part et d'autre, et sensibilise les parents et la jardinière aux avantages que représente pour l'enfant une concertation des agents d'éducation importants pour l'enfant. Mais les objectifs ne peuvent être atteints totalement sans un contact direct. La jardinière est donc une personne-clé pour la réussite du programme. Son rôle se situe à deux niveaux: au plan individuel, elle peut échanger de l'information avec les parents en vue d'une meilleure connaissance de l'enfant ou se concerter avec eux pour solutionner une situation-problème: au plan global, elle peut transmettre de l'information aux parents sur les activités et les objectifs de la maternelle (soit de façon théorique, soit de façon pratique, via la participation des parents au vécu scolaire des enfants à l'intérieur ou à l'extérieur de la classe) et recevoir d'eux de l'information sur leurs attentes de la part de la maternelle. D'autres professionnels peuvent également participer au programme, soit de façon régulière (coanimateurs) ou occasionnelle (personnes-ressources), en fonction d'intérêts précis manifestés par les parents (nutrition, psychologie, orthophonie ou autres).

4. La clientèle rejointe

Le programme s'adresse indistinctement à tous les parents qui ont un enfant ins-

crit à la pré-maternelle de l'école où s'applique le programme. Toutefois, ce ne sont pas tous les parents qui répondent à l'appel. La moitié de ceux-ci sont quasi systématiquement absents du programme: les pères! Parmi les mères, les plus intéressées sont celles de la jeune génération: presque toutes ont moins de 35 ans, et leurs aînés ont moins de 12 ans. En général, leur famille ne dépasse pas 4 enfants. Les mères les moins intéressées sont, d'une part, celles qui ont déjà élevé leur famille et dont celui de 4 ans est le "petit dernier", et, d'autre part, les mères qui sont débordées par des besoins personnels tellement forts qu'elles auraient besoin d'aide au plan individuel avant de pouvoir s'engager dans un processus de groupe. Est-il besoin d'ajouter que nous ne rejoignons que très peu les mères qui travaillent à l'extérieur. Toutefois, en quartier populaire, le nombre de mères au travail demeure relativement restreint.

En terme de statistique, nous rejoignons entre 50 et 85% des mères d'enfants inscrits à chaque école. Les différences sont imputables à des facteurs variés, reliés à la fois au milieu et à l'école. Pour le milieu: caractéristiques socio-économiques, pourcentage d'immigrants, nombre de mères au travail, proportion de familles désorganisés; pour l'école: degré d'ouverture au milieu, expériences antérieures, "ancienneté" plus ou moins grande de la pré-maternelle. De toutes façons, quelles que soient ces caractéristiques et quel que soit le pourcentage de mères atteintes dans une école la première année du projet, une tendance semble universelle: pour une école donnée, le pourcentage de participantes augmente d'année en année.

5. Les interventions

Les modalités du programme, comme les activités qui y sont reliées, peuvent va-

rier beaucoup selon le milieu et selon la personnalité des intervenants. Sauf exception, le contenu se structure en fonction des besoins exprimés par la clientèle. Exceptionnellement, l'un ou l'autre des intervenants propose un contenu en fonction de besoins que lui-même a perçus chez la clientèle. Mais ce contenu demeure quand même soumis à l'approbation du groupe-client. Les activités les plus fréquentes sont les suivantes:

- Rencontres régulières avec des groupes de parents pour:
  a) discussions et échanges de vues sur des thèmes touchant l'éducation du jeune enfant, en mettant l'accent sur l'aide mutuelle et le développement d'une cohésion de groupe;
  b) observations dans la classe avec les parents;
  c) activités conjointes parents-enfants dans la classe ou lors de sorties;
  d) visites avec les mères à des personnes-ressources du quartier;
  e) participation de personnes-ressources pour des sujets particuliers.
- Maternelles-maisons
- Entrevues individuelles avec certains parents.

6. Une expérience parmi d'autres...

Pour permettre de mieux comprendre le vécu d'une expérience de ce type, nous transmettons ici le compte rendu de l'application de ce programme dans une école, tel que rédigé par Marielle:

1) Objectifs du groupe définis lors de la première rencontre

A) L'école bénéficie pour la première année d'une pré-maternelle; elle dé-

sire accentuer le rapprochement famille-écoles et offre aux parents de participer à l'adaptation et à l'expérience scolaire de leur enfant de 4 ans. Nos rencontres permettront également d'assurer une continuité entre la vie scolaire de l'enfant et sa vie familiale;

B) La réunion constitue un groupe de discussion portant sur l'éducation de l'enfant de 4 ans. Le choix des sujets à étudier sera décidé par l'ensemble;

C) Partager les expériences des membres dans le but de favoriser l'entraide mutuelle;

D) Permettre à chaque personne concernée de vivre une expérience positive.

2) Organisation des rencontres

Dix rencontres échelonnées entre le 23 octobre 1973 et le 15 janvier 1974, à raison d'une rencontre par semaine.

3) Clientèle desservie (compilation statistique)

A) Mères présentes au groupe: 13

1- Age des mères

25 à 29 ans: 5

30 à 34 ans: 5

35 à 39 ans: 3

Moyenne: 31 ans

2- Age des pères

25 à 29 ans: 4

30 à 34 ans: 2

35 à 39 ans: 3

40 à 44 ans: 2

45 ans et plus: 2

Moyenne: 35 ans

3- Scolarité de la mère

1ère à 5e année :0

6e à 9e année :8

10e à 12e année :5

13e année et plus :0

4- Scolarité du père

1ère à 5e année : 0

6e à 9e année : 12

10e à 12e année : 1

13e année et plus : 0

5- Occupation des pères

Chômeurs: 1

Ouvriers non-spécialisés: 10

Ouvriers spécialisés: 2

Cols blancs: 0

6- Situation parentale de l'enfant de 4ans

Demeure avec ses deux parents: 12

Demeure avec sa mère seulement: 1

Demeure avec son père seulement: 0

7- Rang de l'enfant de 4 ans

Aîné : 4

Unique: 4

Cadet : 5

Intermédiaire: 0

8- Dimension des familles

1 enfant: 4

2-3 enfants: 9 (familles de 2 enfants)

4 enfants et plus:0

9- Age des autres enfants de la famille

0 à 4 ans : 3

5 à 9 ans : 3

10 à 14 ans : 2

15 ans et plus: 0

4) Processus de développement du groupe

A) Formation

Rencontre des parents avec la jardinière, lors de l'inscription de l'enfant à

l'école (semaine du 17 septembre 1973) par groupes de cinq. Information donnée à ce moment concernant la formation du groupe vers la mi-octobre et invitation aux mères. Rappel et date de la première rencontre communiquée aux parents au moyen d'une lettre le 16 octobre, afin de rejoindre ceux qui n'avaient pas eu l'information en septembre.

B) Programme de chaque rencontre.

Première réunion le 23 octobre; présences: 12

Sujet: 1- présentation des membres

2- reformulation des objectifs du groupe et rôle des participants. Etablissement du contrat.

3- élaboration du programme des rencontres: choix des sujets par le groupe.

Deuxième réunion le 30 octobre; présences: 12

Sujet: 1- la télévision et les repas. Les jeux, les loisirs, les amis. Le sujet est traité par un jeu de rôles

2- observations à la pré-maternelle de 30 minutes par le groupe.

Troisième réunion le 6 novembre; présences: 10

Sujet: désir des membres de poursuivre la discussion de la semaine précédente.

Information mutuelle concernant les loisirs paroissiaux ou autres pour l'enfant de 4 ans (patinage artistique pour filles, hockey pour garçons, natation, etc.).

Quatrième réunion le 13 novembre; présences: 11

Sujet: étapes de séparation mère-enfant: premier départ pour l'école, séjour à

l'hôpital pour l'enfant ou pour la mère, sorties du couple, etc.

Personne invitée: Claire T., psychologue.

Le sujet est discuté au moyen d'un exemple vécu par une mère du groupe qui éprouve des difficultés de séparation avec sa fille qui vient à la pré-maternelle.

Cinquième réunion le 20 novembre; présences: 11

Sujet: suite de la discussion de la semaine précédente.
Visionnement du film: "Les départs nécessaires".

Sixième réunion le 27 novembre; présences: 13

Sujet: 1) le sommeil de l'enfant. Les heures de coucher, l'enfant qui mouille son lit, l'enfant qui veut rejoindre ses parents au lit, etc.
2) discussion concernant l'école: la participation des parents aux décisions scolaires, le comité d'école, l'importance de la relation professeur-enfant, etc.
3) organisation matérielle dans la préparation de la fête de Noël pour les enfants de la pré-maternelle.

Septième réunion le 4 décembre; présences: 11

Activité: bricolage par les mères pour la décoration de la classe.

Huitième réunion le 11 décembre; présences: 13

Activité: bricolage et fabrication de bonbonnières et chapeaux pour la fête du 21 décembre.

Neuvième réunion le 21 décembre; présences: 14

Participation des deux groupes de mères à la fête de Noël à la pré-maternelle. Un père se transforme en Père Noël. Distribution de petits cadeaux aux enfants, mu-

sique et chansons préparées par deux mères, goûter communautaire.

Dixième réunion le 15 janvier; présences: 8

Sujet: évaluation des rencontres du premier semestre.
Orientation future.

C) Cohésion à l'intérieur du groupe

La moyenne des personnes présentes à chaque rencontre est de 11.5, sur un total de 14 inscriptions effectives au début et 13 à la fin. C'est donc dire que les membres qui ont participé en moyenne à 8.5 réunions sur 10, ont créé un groupe stable de rencontre et par le fait même ont vécu une démarche commune et cohérente.

D) Mode de prise de décision

Les décisions à l'intérieur du groupe se prenaient après échanges de vues et vote à main levée suivant la majorité.

E) Fin du groupe et degré d'atteinte des objectifs poursuivis

Nous croyons que le présent groupe a atteint les objectifs qu'il s'était donnés:

1- les parents ont participé en grand nombre aux activités de la pré-maternelle: groupes de la travailleuse sociale et nombreuses invitations de la jardinière par la suite: une demi-journée d'observation en classe pour chaque maman, mise en situation, visionnement de diapositives des enfants en activités, sorties à l'extérieur de l'école, etc. Les parents se disent heureux et satisfaits d'avoir pu suivre l'évolution de leur enfant de si près.

2- les sujets de rencontre choisis par les membres n'ont pu tous être discutés; c'est pourquoi le groupe a manifesté le désir de poursuivre le programme à

raison d'une rencontre mensuelle après la dixième réunion;

3- les membres du groupe ont facilement relaté leurs propres expériences afin de s'entraider, ce par des moyens utilisés avec leur enfant;

4- pour chaque personne, les commentaires recueillis lors de l'évaluation ont été l'expression d'une expérience vécue de façon satisfaisante, en grande partie due à la stabilité du groupe. Les mères se sont dites moins gênées, plus à l'aise pour s'exprimer, contentes que ces rencontres leur aient permis de connaître des voisines à qui elles ne parlaient pas auparavant (avec lesquelles elles échangent maintenant différents services) et heureuses que ces réunions aient occasionné pour la plupart une sortie hebdomadaire bien à elles.

5. Relations de la travailleuse sociale et du groupe

a) avec la jardinière et l'aide-jardinière

Nous avons toujours reçu une excellente collaboration de Louise P. et Thérèse G., que ce soit pour recevoir le groupe à la pré-maternelle, nous aider à préparer le matériel de certaines rencontres, ou autrement. Les réunions hebdomadaires des parents à l'école ont permis de multiplier les contacts des parents avec la jardinière et l'aide-jardinière. Les mères ont beaucoup apprécié l'invitation de Louise à une demi-journée d'observation à la pré-maternelle. Cette invitation a suscité plusieurs remarques et des commentaires flatteurs sur la compétence et la façon de travailler de Louise et Thérèse par exemple, sur une meilleure connaissance des activités de la pré-maternelle, sur les jeux et le matériel utilisé avec les enfants, leurs réactions, etc. Chaque mère a également aimé voir son enfant en interaction avec les autres et a pu observer son comportement.

Nous croyons que les rencontres de groupe organisées dès le début de l'année

scolaire ont facilité les contacts entre les parents et l'école et répondu à un besoin des familles. Le taux de participation des parents à des activités et invitations formulées par la jardinière demeure sensiblement élevé. Louise a mis sur pied, au deuxième semestre, diverses rencontres avec les mères, et la majorité des participantes se retrouvent dans les groupes qui fonctionnaient dès le mois d'octobre.

b) avec l'école

Nous relevons des effets positifs des groupes de pré-maternelle tant pour les parents que pour l'école. Du côté des parents, les rencontres fréquentes ont satisfait leur désir de s'intéresser et de participer à la vie scolaire de leur enfant et, par conséquent, à celle de leurs enfants plus âgés (à d'autres degrés).Ceci leur a fait connaître la direction et le personnel de l'école (de façon informelle dans les déplacements et par une mère, membre du comité d'école). Les parents ont également apprécié le fait d'être retrempés au sein de la vie d'une école.

De la part de l'école, le personnel a manifesté de l'intérêt pour le sujet et le contenu des rencontres. La présence des mères dans l'école est vite devenue habituelle, et les professeurs espèrent que la participation des parents demeurera aussi élevée quand leurs enfants auront accédé à d'autres degrés. La formule de rencontre utilisée à la pré-maternelle peut également suggérer aux professeurs une plus grande variété de moyens en vue d'accentuer la participation des parents à l'école. Un fait à déplorer cependant durant l'année: l'absence de garderie à l'école, ce qui aurait pu faciliter à toutes les mères les rencontres à l'école.

6. Investissement en temps pour chaque réunion

La préparation d'une rencontre par semaine pour deux groupes a demandé un mini-

mum d'une demi-journée d'activités multiples. Très souvent, cette demi-journée était complétée par l'utilisation de la période du dîner. Au contenu théorique d'une rencontre , il faut aussi prévoir les déplacements pour aller chercher un film, pour l'organisation matérielle du local de réunion, l'installation requise pour la pause-café, etc.

Nous croyons qu'une demi-journée de préparation pour la rencontre d'un seul groupe serait nécessaire et bien utilisée. Le manque de temps cette année ne nous a pas permis de rejoindre les parents absents (par une visite à domicile ou par téléphone), de téléphoner à ceux qui s'absentaient occasionnellement, etc. De plus, nous aurions également eu besoin de réfléchir plus longuement et plus en profondeur sur le progrès de chaque groupe et de pouvoir échanger des éléments de cette démarche avec un praticien consultant. Les contacts avec la jardinière et l'aide-jardinière ont aussi été limités faute d'une plus grande disponibilité, bien qu'ils soient essentiels à l'évolution des groupes de parents et d'enfants.

7. Follow-up du groupe

A la fin de la série des dix rencontres, le groupe a manifesté le désir d'étudier les sujets non abordés, à raison d'une réunion par mois jusqu'en avril. Ces rencontres étaient libres et l'invitation s'adressait aux deux groupes de parents simultanément.

La réunion du 11 février qui regroupait 10 mères a porté sur la discipline, les punitions et l'autorité à la maison. Nous avons visionné le film intitulé "Le comportement de l'enfant, c'est vous". Le 11 mars (12 mères présentes), la discussion portait sur l'agressivité, les colères, les mensonges, la jalousie et la rivalité fraternelle. En avril (les 19 et 26), les deux groupes ont accompagné les enfants

lors d'une sortie éducative chez le dentiste, sortie prévue et demandée par les parents en début d'année. Au cours de ce semestre, la jardinière a également invité les parents à plusieurs activités à l'école même ou à l'extérieur, auxquelles nous avons participé occasionnellement (journée verte, pique-nique au parc à la fin de l'année, etc.).

8. Commentaires généraux et impressions des membres (évaluation du 15 janvier)

Les mères expriment beaucoup de satisfaction quant à "leurs réunions", au programme des rencontres (i.e. choix des sujets) et au fonctionnement du groupe. Elles disent avoir aimé que l'on discute parfois de plus d'un sujet lors de la même rencontre et ont apprécié le groupe à cause de la stabilité des participantes.

Comme acquisitions individuelles, certaines estiment qu'elles sont moins gênées et se sentent beaucoup plus à l'aise maintenant pour s'exprimer. Plusieurs ont connu leurs voisines et se sont faites des amies par l'entremise de l'école. Elles disent également avoir goûté les rencontres hebdomadaires comme étant "leur" sortie ou activité personnelle de la semaine. Un certain nombre de suggestions ont été apportées:

a) Concernant les rencontres

1- projeter des films plus souvent;
2- trouver davantage de solutions à la fin des discussions.

b) Concernant la démarche de participation à l'école

1- organiser plus de rencontres le soir pour permettre aux pères d'y être présents;
2- prévoir à l'avenir un service de garderie à l'école durant les réunions;

3- la poursuite des rencontres l'an prochain en maternelle, afin d'établir le lien entre la pré-maternelle et la maternelle;

4- continuer le même type de réunions en maternelle.

EVALUATION

1. Evaluation globale

Rien de systématique n'a été fait à date pour mesurer les résultats de ce programme. Toutefois, les personnes concernées ont eu chaque fois à se prononcer sur les impacts de l'expérience pour elles-mêmes et (ou) pour les autres sous-groupes concernés et avec lesquels elles travaillent.

Pour ce qui est du programme de formation qui s'adresse aux jardinières, la majorité d'entre elles disent en avoir profité et s'être senties mieux préparées pour leur travail avec les parents, tant au niveau des communications non informelles qu'au niveau des contacts plus structurés. Ce témoignage est d'ailleurs appuyé par celui des travailleurs sociaux des écoles et de plusieurs directeurs d'école qui remarquent un progrès très visible chez les jardinières.

Des programmes pour les parents, ce qui ressort de façon certaine est le degré élevé de satisfaction tant du côté des jardinières que des parents. En général,les jardinières considèrent que le programme améliore le degré de compréhension des parents pour ce qui a trait aux objectifs de la maternelle et augmente nettement leur niveau de collaboration, tant qualitativement que quantitativement.

Du côté des parents, les avantages semblent se situer pour eux à deux niveaux. Selon le témoignage des mères ayant participé au programme, elles en ont bénéficié à la fois comme femmes et comme mères. Pour la majorité, c'est à la fois une première expérience en groupe et leur "sortie de la semaine". Beaucoup disent avoir pris confiance en elles-mêmes, s'être découvertes comme femmes et avoir appris à communiquer avec d'autres. Comme mères, elles se sentent revalorisées, plus sûres d'elles et plus "compétentes". Elles ont appris à remettre leurs attitudes en question sans pour cela se démolir. Elles se sentent également plus à l'aise dans l'école et plus capables de communiquer avec le professeur de leur enfant. La plupart souhaitent une continuité et déplorent que le programme soit limité à la prématernelle. Par contre, il faut reconnaître que le programme présente un échec retentissant pour ce qui est des pères. Nous analyserons brièvement ce phénomène dans le point suivant.

2. Résultats en fonction des objectifs

Les mères participent davantage à la vie de l'école, lorsqu'elles bénéficient du programme. Ce sont habituellement les mères participantes qui acceptent d'accompagner les enfants lors de sorties éducatives, de participer dans la classe, ou de recevoir la classe chez elles lors d'expérience de maternelle-maison. Elles attachent plus d'importance à ce que leur enfant fait à l'école et aux productions qu'il en rapporte. Qui plus est, nous pouvons observer que les comités de parents comprennent une proportion importante des mères ayant participé au programme au moment où leur enfant était en pré-maternelle, ce qui semble prouver que l'engagement n'est pas limité dans le temps à la durée du programme.

Il est plus difficile de mesurer l'impact de l'expérience sur la relation mère-

enfant et sur les attitudes quotidiennes de la mère (chez elle) devant son enfant. Toutefois, les témoignages quasi universels des mères ayant participé au programme nous permettent de faire certaines affirmations face au développement de la compétence parentale chez ces mères: le fait de pouvoir expérimenter à plusieurs reprises des façons de stimuler leur enfant et de jouer avec lui leur a permis d'acquérir des compétences nouvelles dans ce sens. Elles ont également acquis plus de stabilité dans leurs exigences, grâce aux prises de conscience vécues avec le groupe. Elles ont réalisé l'importance d'adopter des attitudes éducatives plus réfléchies, essayant de mettre de côté les conditionnements reçus de leur propre éducation. On peut observer chez ces mères une plus grande attention au vécu de l'enfant, un respect accru de ce qu'il est et de ce qu'il fait, et une diminution des gestes de surprotection.

De plus, il arrive assez fréquemment que des mères nous rapportent avoir enfin réglé, grâce au groupe, un problème concret qui leur apparaissait auparavant insoluble: enfant qui se couchait encore avec un biberon, qui ne s'endormait que si la mère se couchait avec lui, qui venait toujours finir la nuit avec ses parents, etc.

Au plan d'une ouverture plus grande, plusieurs de ces groupes se sont prolongés soit par l'éducation des adultes (v.g. cours sur la psychologie de l'enfant, sur la relation parent-enfant) ou par un engagement social (v.g. participation à des organismes du quartier).

Chez les jardinières, on observe de plus en plus l'élaboration de projets ou de programmes originaux bâtis en fonction des besoins du milieu où elles travaillent: ateliers parents-enfants, maternelle-maison, "matériathèque" (bibliothèque de matériel éducatif, récréatif ou autre), intégration des sports à l'horaire, participation des parents aux décisions reliées à la vie de la classe, etc.

3. Facteurs de réussite ou d'échec

Un des facteurs de réussite de ce programme est le fait qu'il s'adresse aux parents à un moment critique de la vie de leur enfant: il n'a que 4 ans et il entre à l'école. A cet âge, la mère se sent très obligée par rapport à son enfant, car son entrée à l'école représente pour elle une séparation souvent pénible. Elle est donc toute prête à participer à son expérience de façon active. De plus, pour les mères de ces milieux, dont plusieurs ont peu ou pas de vie sociale, le groupe répond en même temps à des besoins personnels: pouvoir se rencontrer entre adultes, loin des enfants, et discuter de sujets qui les concernent.

Ceci dit, cette motivation de base est influencée par certains facteurs, tant du côté de l'école que du côté de la famille. Du côté de l'école, l'accueil fait aux parents est très important. Or, certaines écoles sont plus ouvertes que d'autres et ont une "histoire" plus ou moins longue de collaboration avec les parents. L'attitude d'accueil de l'école et l'ancienneté de cette disposition conditionnent l'image que les parents ont de l'école et le désir plus ou moins grand de collaboration que cette image peut susciter chez eux.

Tout aussi importante est l'attitude de la jardinière face aux parents, son désir réel de les voir s'impliquer et à quel niveau. Pour les parents, la jardinière représente l'école, et son attitude vient confirmer ou infirmer, selon le cas, l'image que ceux-ci se font de l'école. Plus concrètement, si l'école est ouverte aux parents, la jardinière part en terrain privilégié, mais elle a la possibilité d'augmenter considérablement ou d'annuler le chemin déjà parcouru. Si, par contre, l'école est fermée aux parents, la jardinière peut soir raffermir cette image ou améliorer la situation mais avec un effort plus grand que dans un terrain bien pré-

paré. Ajoutons à ceci certains facteurs d'ordre matériel: local fermé, agréable, où la réunion peut se dérouler sans dérangement; possibilité de recevoir les jeunes frères et soeurs non scolarisés avec, idéalement, la présence d'une bénévole qui s'en occupe et, finalement, la possibilité de vivre la rencontre autour d'une bonne tasse de café. Du côté de la famille, certaines mères ont des besoins personnels trop importants pour bénéficier d'un tel type d'expérience.

L'absence du père, par ailleurs, s'explique par plusieurs raisons: d'abord les rencontres ont lieu le jour, à la demande des mères, ce qui exclut déjà les pères qui travaillent. De plus, traditionnellement au Québec, c'est la mère qui s'occupe de ce qui se passe à l'école. Qui plus est, dans ces milieux, le rôle du père envers les enfants est encore plus effacé que dans d'autres milieux, quand il n'est pas totalement inexistant, à cause de l'absence physique ou psychologique du père. Mentionnons, en outre, que les mères elles-mêmes sont assez réticentes face à une participation possible du père à l'éducation des enfants: elles craignent la contradiction, des attitudes différentes des leurs.

Ajoutons finalement que les quelques pères qui ont déjà tenté de s'intégrer au programme se sont vite découragés d'être "le seul homme du groupe". Quelques praticiens ont toutefois tenté certaines expériences qui ont connu un assez bon succès, du moins au niveau de la participation; mentionnons une réunion mensuelle, le soir, réservée exclusivement aux pères, et un compte rendu écrit de chaque rencontre, rédigé par une des mères et apporté par les membres à leur mari pour favoriser au moins un échange d'idée au niveau de chaque couple.

4. Conclusion

Globalement, nous tentons de prévenir par ce programme les difficultés d'adapta-

tion scolaire. D'abord en établissant entre l'école et la famille une meilleure connaissance et une meilleure compréhension mutuelles, ce qui permet de créer une relation de "partnership" et d'empêcher le plus possible les conflits de valeur et de culture qui créent un tiraillement pénible pour l'enfant. Egalement, une image plus positive de l'école étant alors acquise par les parents, ceux-ci la transmettent à l'enfant, ce qui améliore la motivation de ce dernier devant les connaissances que l'école tente de lui transmettre. De la même façon, l'école acquiert une image plus positive du milieu, ce qui la rend plus apte à accepter et reconnaître comme valable le vécu de l'enfant et à modifier conséquemment son approche pédagogique. Finalement, la réponse apportée aux besoins personnels de la mère comme femme l'amène à une meilleure disponibilité en face des besoins de son enfant, en même temps que ses attitudes s'améliorent par une meilleure connaissance de ce qu'est le développement d'un enfant. Tout ceci contribue à créer pour l'enfant un environnement éducatif plus homogène et plus "sécurisant" et à créer des conditions favorables au développement harmonieux de sa personnalité.

REFERENCES

1. Documentation

Il existe peu de volumes qui peuvent aider directement le professionnel intéressé à la mise sur pied d'un programme semblable. Toutefois, nous ne saurions trop recommander le volume suivant: "Parents Learn Through Discussion: Principles and Practices of Parent Group Education", by Auerbach, Aïine B.,Ed. John Wiley and Sons

Inc., New York, 1968, 358 pages.

2. Matériel

Le matériel utilisé dépend forcément des intérêts des parents. Voici toutefois des suggestions concernant des sujets fréquemment abordés:

- Education sexuelle: Disques: "L'Amour et la Vie"
  "Ton sexe et l'autre"
  Volume : "La sexualité expliquée aux enfants"
  par Françoise Cholette-Pérusse
  Films: "Dis maman"
  "Une nouvelle vie humaine"

- Psychologie de l'enfant: Films : "Il agit selon son âge"
  "Le petit monde de 4-5 ans"
  "Les six premières années de la vie"

- Attitudes des parents: Film : "Le comportement de l'enfant, c'est vous"

- Séparation mère-enfant: Film : "Les départs nécessaires"

- Discipline : Disque : Monologue d'Yvon Deschamps "Dans ma cour"

- Le rôle de mère: Film : "Une job à plein temps"[1]

- Alimentation: Films : "Les catégories d'aliments"
  "Si femme voulait"

1- Ce film très récent (1977) a été fait par l'Education des adultes de la C.E.C.M. et est un véritable bijou.

3. Ressources

Selon les sujets abordés également, les personnes suivantes peuvent être soit consultées, soit invitées à une rencontre avec le groupe [2]: psychologue, nutritionniste, orthophoniste, sexologue, infirmière, dentiste, etc.

2- Eviter, toutefois, de monopoliser l'orientation du "cours", ce qui est bien différent.

CLASSES POUR ENFANTS DE 4 ANS ET PROGRAMME POUR LEURS PARENTS

CLASSES POUR ENFANTS DE 4 ANS ET PROGRAMME POUR LEURS PARENTS

Madeleine Desrosiers

Dans le présent chapitre, nous tracerons le cheminement qui nous a conduits à participer à l'implantation de maternelles pour enfants de quatre ans. Puis, comme le lecteur le constatera, au travail de récupération et de stimulation entrepris directement auprès des enfants par l'école, nous avons ajouté un programme d'aide aux parents afin d'établir des liens famille-école, de permettre que l'école devienne la partenaire des parents dans l'éducation des enfants, d'habiliter les parents en vue de favoriser le développement optimal de leurs enfants et de sensibiliser les agents éducateurs du milieu scolaire aux facteurs qui interfèrent dans le développement et la maturation sociale des enfants. Nous décrirons brièvement les différents rôles ou tâches que nous avons réalisés ainsi que les moyens utilisés pour atteindre les objectifs que nous nous étions fixés. Enfin, nous ferons état de ce qui nous paraît valable et souhaitable dans la réalisation de ce programme d'aide aux parents.

Dès leur entrée en fonctions à la commission scolaire, les professionnels de la psychologie et du service social se sont vu attribuer la tâche d'évaluer le potentiel intellectuel, de mesurer le niveau de développement socio-affectif, d'observer et d'analyser le comportement psycho-social des enfants en situation d'échec et qui semblaient incapables de poursuivre leurs études à l'intérieur du programme régulier d'enseignement. Toute une batterie d'interventions directes fut organisée et

appliquée auprès de ces enfants pour leur faire subir des tests d'intelligence ou de personnalité, auprès de leurs professeurs pour obtenir une évaluation pédagogique, auprès de leurs parents pour connaître l'histoire de leur développement, étudier les facteurs économico-socio-culturels ainsi que les attitudes des parents qui aient pu être générateurs de carences, de retards ou de problèmes manifestés. Les enfants soumis en priorité à cet "arsenal" furent désignés par la compilation des bulletins scolaires faisant état des notes et des comportements jugés inacceptables par des administrateurs scolaires, par des directeurs d'écoles, par des professeurs et aussi par des parents.

ECOLES SPECIALES

Les résultats de cette recherche et de ce dépistage massif confirmèrent les hypothèses de travail émises et justifièrent la mise sur pied d'un réseau d'écoles où l'approche pédagogique pourrait convenir aux besoins des doubleurs, de ceux qui s'absentaient souvent de l'école, ou dont la motivation paraissait faible ou nulle et des autres qui ayant développé des comportements réactionnels à l'échec se faisaient ordinairement expulser de l'école. Ainsi s'ouvrirent des "écoles spéciales".

Ces nouvelles ressources, aux dires de ceux qui prétendaient tenir compte des difficultés d'adaptation et d'apprentissage de certains enfants, devaient permettre à ces derniers de continuer à fréquenter l'école et de se conformer aux exigences de la loi. Leur création provoqua de vives réactions dans le milieu et suscita de virulentes critiques; elle souleva aussi une vague de rejet et de mépris à l'égard

des enfants qui les fréquentaient. En effet, ces enfants étaient montrés du doigt et désignés comme "fous" par la population du milieu. Ils n'étaient plus "comme les autres"; ils ne pouvaient plus fréquenter l'école de leur paroisse, devaient quitter la maison pour la journée, être "transportés" par autobus; en somme, ils n'avaient plus le même régime de vie que leurs frères et soeurs, que leurs amis, que leurs voisins.

Cette forme de ségrégation leur était préjudiciable, d'autant plus que le milieu social et leur famille n'avaient pas été aidés à en connaître, prévoir et comprendre tous les impacts positifs ou négatifs. Beaucoup de parents s'opposèrent à envoyer leur enfant dans ce genre d'écoles. Parmi eux, certains allèrent jusqu'à retirer leur enfant de la vie scolaire et devinrent l'objet de visites et de menaces de la part du "contrôleur d'absences".

CLASSES ALLEGEES

Cette situation-problème nous amena à élaborer un programme d'action qui dépasserait le niveau d'intervention déjà utilisé, soit la participation à l'évaluation et à l'orientation des élèves en difficulté.

Par une approche plus globale de la problématique du jeune enfant soumis aux exigences du système scolaire, nous avons voulu nous occuper de lui plus tôt que l'école ne l'avait fait jusqu'à ce jour, c'est-à-dire avant que ses troubles de rendement ou de comportement n'en fassent la cible d'interventions diverses et qu'il ne soit "sorti de son école". Nous nous trouvions dans un quartier identifié

comme "défavorisé" par le Service d'urbanisme et celui du bien-être-social de la localité. Les directeurs et les professeurs de deux écoles furent sensibilisés aux problèmes personnels, familiaux et sociaux engendrés par les "écoles spéciales". Dès lors, ils acceptèrent de s'organiser pour garder les enfants en difficulté à l'intérieur des écoles régulières, de "leurs" écoles. A cet effet, ils mirent sur pied des classes homogènes dites "allégées" avec un ratio (1/15) maître-élèves inférieur à celui des classes hétérogènes, afin de donner à ces enfants une attention et un enseignement individualisés, qui permettent de respecter le rythme d'adaptation et d'apprentissage de chacun.

C'était là, bien entendu, une formule ségrégative nouvelle, mais elle permettait au moins à l'enfant en difficulté de rester dans son milieu, d'aller à la même école que ses frères et soeurs, que ses amis et, en même temps, de recevoir une aide pédagogique appropriée à ses besoins. Bientôt, les autorités de ces écoles se félicitèrent de leur initiative, et il s'ensuivit des résultats satisfaisants: les échecs étaient réduits, le taux d'absentéisme baissait, les troubles de comportement paraissaient plus rares et, surtout, les enfants semblaient moins tendus et plus heureux.

A ce moment, l'objectif général de notre plan d'action auprès des professeurs des classes allégées était de les amener à percevoir l'élève comme "un enfant", c'est-à-dire à être sensible et attentif à tous ses besoins tant physiques, affectifs et sociaux qu'intellectuels, et à faire en sorte que l'école soit partie intégrante de son milieu de vie. Comme nous le désirions, cette nouvelle façon de considérer les enfants eut pour effet d'inciter les professeurs à vouloir les mieux connaître, à chercher à identifier l'origine et les causes de leurs difficultés et à recourir à la collaboration de leurs parents. Nous avons travaillé auprès de ces

professeurs pour stimuler et supporter leurs nouveaux intérêts, les aider à canaliser et rendre productive leur énergie en ce sens et, auprès des parents, pour les motiver à s'intéresser à l'action de l'école et à y collaborer.

Certains parents, heureux des nouvelles préoccupations de l'école acceptèrent de rencontrer les professeurs afin de les aider à cerner les causes des symptômes observés chez leurs enfants: difficulté de concentration, faiblesse de compréhension, inhibition, agressivité, etc.; d'établir un plan d'action concertée,par exemple en accomplissant certaines tâches ou en modifiant certaines attitudes, comme valoriser les bons faits et gestes, leur accorder plus d'attention, etc. Mais d'autres parents, la majorité, restèrent à l'écart, et certaines tentatives de "reaching-out" s'avérèrent infructueuses. Un sondage d'opinion auprès de ces derniers nous révéla les raisons de leurs résistances: l'école était devenue menaçante,elle leur avait parfois imputé la responsabilité des difficultés des enfants, ils sentaient l'existence de préjugés et ils étaient enclins à se dévaloriser.La plupart n'avaient eu avec l'école que des contacts perçus comme négatifs,qui n'avaient eu pour thème que les troubles de rendement ou de comportement. Selon eux, il n'y avait jamais eu de dialogue véritable, de délibérations pour arriver à un consensus sur des moyens d'action famille-école.

DEPISTAGE PRECOCE

Parallèlement à nos interventions au niveau des classes allégées, une aide était apportée aux professeurs des classes régulières afin d'identifier rapidement les enfants en difficulté: séances d'observation des enfants en classe, échanges d'in-

formations, discussions de cas, consultations avec les professeurs,autant de moyens qui furent utilisés à cette fin. Mais cette sensibilisation au dépistage précoce eut pour effet d'abaisser le seuil de tolérence des professeurs. Ils devinrent plus exigeants et ils furent portés à considérer en difficulté tout élève qui ne pouvait répondre à leurs attentes. Le rythme de références aux professionnels des services de la consultation s'accrut de façon alarmante car les administrateurs scolaires avaient décrété l'évaluation psychologique et sociale de tous les enfants susceptibles d'être des candidats pour les classes allégées. Sous prétexte de leur venir en aide, l'école continuait donc à vouloir exclure de ses classes régulières et à "marginaliser" beaucoup d'enfants. Ainsi, les classes allégées étaient appelées à se multiplier. Très peu d'enfants en sortaient et réintégraient les classes régulières. Fait important à souligner, les enfants qui récupéraient étaient généralement ceux dont les parents collaboraient avec les professeurs.

MATERNELLE CINQ ANS

La prise de conscience de ces réalités nous motiva à vouloir pousser plus avant notre action préventive, tenter de réduire la clientèle des classes allégées et promouvoir une action concertée famille-école, puisqu'elle semblait un gage de progrès chez les enfants. De nombreux contacts avec les jardinières nous avaient permis de constater que, dès la maternelle 5 ans, beaucoup d'enfants sont déjà en situation d'échec ou en difficulté d'adaptation. Ces enfants sont ceux qui manifestent des carences ou retards dans leur développement au niveau des prérequis à l'apprentissage scolaire soit au plan du langage, de la motricité, de la socialisa-

tion et (ou) de l'affectivité.

De plus, une plus grande présence et disponibilité à ce niveau nous permirent de faire l'étude de la dynamique et du contenu de la relation famille-école. Nous avons alors remarqué que les contacts parents-professeurs sont ordinairement très positifs, beaucoup plus fréquents et spontanés quand l'enfant commence à fréquenter l'école. Beaucoup de mères, parfois des pères, sous toutes sortes de prétextes, accompagnent leur petit dans les allées et venues à l'école, se permettent d'entrer pour aider à l'habillage ou au déshabillage, pour "avoir des nouvelles" sur le développement et l'évolution de leur enfant, pour savoir s'il participe bien aux activités ou pour connaître la jardinière et les amis dont il parle tant à la maison.

Lors de ces contacts non formels, les parents font part spontanément de leurs besoins et de leurs craintes, ils fournissent beaucoup d'informations sur le développement de leur enfant, sur les habitudes de vie à la maison, sur le climat familial, sur leurs attitudes; de plus, ils sont très réceptifs aux conseils venant de la jardinière ou des autres personnes qui les accueillent quand ils viennent à l'école.

Donc, si, d'une part, nous voulions réduire la clientèle des classes allégées et des écoles spéciales, il fallait que l'enfant d'âge préscolaire, à l'époque de sa vie où il est le plus malléable et le plus spontané, fût l'objet d'attentions et de soins qui permettent d'identifier les carences ou retards dont il souffrait dans son développement et d'y pallier. D'autre part, si nous voulions avoir la collaboration des parents, les aider et travailler avec eux, il fallait profiter, au moment opportun, des liens qu'ils créent de bon gré, avec plaisir, et facilement avec l'école. Nous avons noté que les parents:

- veulent toujours que la vie scolaire de leur enfant soit une expérience heureuse et enrichissante;

- sont enclins à s'en remettre entièrement à l'école à cet effet et à mésestimer ou à ne pas croire à l'importance de leur apport;

- sont particulièrement démunis pour arriver à une action concertée avec l'école;

- ne font pas le lien entre le développement du langage, de la motricité, de la socialisation et l'apprentissage scolaire;

- manquent de notions concernant le développement normal des enfants;

- réclament souvent des conseils à partir de situations concrètes, de leur vécu quotidien;

- craignent les approches trop formelles et théoriques.

-Beaucoup de parents consomment des tranquillisants, se disent tendus, nerveux.

Ces observations furent maintes fois partagées et discutées avec les jardinières et devinrent l'objet de nouvelles préoccupations.

MATERNELLE 4 ANS

Nous nous acheminions progressivement vers la création d'une nouvelle ressource scolaire, vers un niveau de prévention primaire. A cette époque, nous avons eu l'occasion de discuter de nos activités et de nos objectifs avec des fonctionnaires du ministère de l'Education. Ils nous apprirent que des subsides étaient disponibles pour venir en aide à des enfants de quatre ans, qui ont des retards dans leur

Une autre condition requise pour assurer l'efficacité de la ressource fut, sans contredit et de l'avis de tous, la participation et la collaboration des parents. C'est dans les termes suivants que nous avons formulé les attentes de l'école de leur part, fait état de certaines modalités de rencontres et conçu certaines formes de l'aide qui pourrait leur être apportée:

"Il nous paraît essentiel d'obtenir la collaboration des parents, car l'école seule ne pourra corriger les carences observées au niveau du langage, de la motricité, de la socialisation et de l'affectivité. Cette collaboration sera sollicitée lors de l'admission de l'enfant en maternelle 4 ans, au rythme d'une rencontre individuelle ou de groupe au moins une fois par mois;

- pour connaître leurs attitudes et leurs sentiments vis-à-vis de leur enfant;
- pour les aider à observer leur enfant de façon objective;
- pour les aider à identifier, par ordre de priorité, les besoins de leur enfant et à trouver les moyens d'y répondre de façon adéquate;
- pour leur donner de l'information sur certains traits du développement des enfants, sur les plans affectif, physique, psychologique et social.

Les rencontres mensuelles (un minimum) pourraient aussi consister en échanges:

- sur les réactions des enfants;
- ou pour répondre, par une approche individuelle ou de groupe à tout autre besoin que les parents manifesteront."

Dans tous les programmes d'action du personnel pédagogique et parapédagogique "engagé" dans la réalisation de ce projet, on retrouve cette préoccupation d'un lien famille-école afin de l'aider à bien jouer son rôle et permettre à l'école

d'être un partenaire dans l'éducation des enfants.

Exemples:

L'ortophoniste sensibilise les parents aux difficultés de leur enfant, fait une démonstration d'exercices pratiques à exécuter avec l'enfant.

Le psychologue rencontre les parents pour les aider à trouver des réponses à certaines de leurs préoccupations concernant le développement affectif de leur enfant.

La jardinière présente aux parents de l'information sur les activités de la pré-maternelle et les objectifs poursuivis à l'intérieur de ces activités; rencontre les parents pour échanger sur le développement de leur enfant.

L'infirmière rencontre les parents, individuellement ou en groupes, pour leur donner de l'information, connaître leurs préoccupations concernant la santé de leur enfant et les aider à trouver les moyens de l'assurer et de la maintenir.

La travailleuse sociale rencontre des parents, individuellement, ou en petits groupes, et leur distribue un questionnaire-sondage en vue:

a) d'évaluer théoriquement leur motivation à s'engager dans une relation famille-école;

b) d'identifier et de situer les attentes des parents pour leurs enfants et pour eux-mêmes;

c) de recueillir des données sur leurs préoccupations en vue d'offrir subséquemment un choix de thèmes pour des rencontres avec eux;

d) d'évaluer leur intérêt et leurs capacités pour des groupes de tâches et d'entraide.

PROGRAMME D'AIDE AUX PARENTS

Tenant compte des besoins exprimés ou manifestés par les parents à la suite des rencontres que nous avons eues avec eux et de leurs réponses au questionnaire-sondage, nous avons cru nécessaire de leur offrir une aide dans la recherche des moyens d'y répondre; dans cette optique, voici le programme d'activités que nous avons réalisé avec 16 d'entre eux.

PROGRAMME D'ACTIVITES DU SERVICE SOCIAL

I CLIENTELE-CIBLE: les parents

II OBJECTIFS GENERAUX

- Valoriser davantage le rôle des parents.
- Faciliter leur tâche.
- Promouvoir leur compétence.

III	OBJECTIFS SPECIFIQUES:	MOYENS
1-	Amener les parents à être conscients de l'importance de leur rôle.	a) Film: "Le comportement de l'enfant, c'est vous". b) Discussion-échange.

2-	Les aider à définir et préciser le type de leur relation avec leurs enfants.	a) Vidéo: propos du docteur Migneault (extrait du dossier "Vivre comme du monde"). b) Echange-discussion.
3-	Leur suggérer des règles de vie physique et mentale.	a) Vidéo: propos du docteur Pierre Delva (extrait du dossier "Vivre comme du monde"). b) Personne ressource: l'infirmière. c) Echange-discussion, entraide.
4-	Aider les parents à se dégager des tensions.	a) Initiation aux techniques de relaxation de Jacobson. b) Matériel: magnétophone à cassette. c) Participation de tous. Exercice.
5-	Amener les parents à s'exprimer sur leurs conditions de vie conjugale-familiale-sociale.	a) Situation décrite par chaque participant (libre). b) Solutions proposées par les participants (Echange-entraide).
6-	Fournir aux parents les instruments leur permettant de s'observer et d'observer leurs en-	a) Fabrication par les participants d'une grille d'observation du comportement psycho-so-

	fants sur les plans affectif, physique, social, etc ...	cial de la mère et de l'enfant. b) Matériel:document de base construit par un groupe de parents (c.f. annexe).
7-	Habiliter les parents à faire l'éducation sexuelle de leurs enfants.	a) Vidéo: "Education sexuelle de l'enfant de 0 à 6 ans." (Extrait du dossier "Approche") b) Périodes de questions, information, échange. c) Personne ressource: le psychologue.
8-	Permettre aux parents d'acquérir certaines notions de base concernant les phases du développement normal des enfants.	a) Vidéo: (extrait du dossier "On joue à vivre"). b) Echange-discussion.

ORGANISATION ET DEROULEMENT DU PROGRAMME

Ce programme s'est réalisé au rythme de sept rencontres hebdomadaires consécutives. Il fut offert prioritairement aux parents dont les enfants accusaient un plus grand retard. La jardinière s'est adjoint les membres de l'équipe multidisciplinaire pour arriver à un choix. Quatorze enfants sur trente ont retenu notre attention. Tous les parents convoqués ont répondu à notre invitation: quatorze mères et deux pères ont participé avec un taux de présence de 94%. Les absences étaient

toujours justifiées et personne n'a abandonné en cours de route. Ces parents ont été divisés en deux groupes: sept parents venaient le matin; neuf autres venaient l'après-midi.

L'objectif de la première rencontre était d'amener les parents à formuler verbalement leurs attentes, mais personne ne réussit à faire de suggestions pour tracer le curriculum de ce programme. Ils disaient nous faire entièrement confiance et nous demandèrent de faire le choix des thèmes à partir de la perception que nous avions eue de leurs besoins au cours de rencontres antérieures et de leurs réponses à notre questionnaire. Les thèmes précédemment décrits leur furent donc présentés; c'est avec eux que nous avons déterminé l'agenda ainsi que les modalités des rencontres. Les parents venaient toujours à l'école avec leur enfant et c'était toujours une joie pour les petits d'"amener" leurs parents avec eux.

Les rencontres duraient trois heures. Durant la première heure, les parents allaient dans la classe avec la jardinière et leur enfant. Nous assistions aussi afin de pouvoir discuter du contenu de ces séances par la suite et aussi afin d'observer leurs réactions face aux performances ou aux difficultés de leur enfant. La jardinière a décrit ainsi ses activités avec les parents et les enfants:

"...je travaille avec les enfants devant les parents. J'explique le but de ces activités. A certains moments, j'organise des activités où les parents doivent eux-mêmes faire travailler leur enfant: langage, jeux d'observation, de concentration, de motricité fine, de motricité globale, de bricolage, de peinture, de découpage, de pâte à modeler, etc.".

Durant les heures suivantes, nous nous retirions avec les parents dans un autre local appelé par eux "le salon bleu" où, tantôt assis en cercle autour d'une table,

tantôt à terre, spécialement pour les exercices de relaxation, nous avons causé, discuté, "échangé". Notre approche ne s'est pas voulue théorique. Les rencontres débutaient toujours par une collation et un café. Cela permettait aux parents de faire connaissance, d'établir un climat de confiance et de sécurité, de créer des liens entre eux. L'âge moyen des parents était de 31 ans; leur niveau de scolarité, une 10e année; l'âge moyen de leurs enfants, 5 ans; et le nombre moyen d'enfants, 3 chacun.

APPPECIATION DU PROGRAMME

Nous croyons que ce programme nous a permis de pousser plus avant notre action préventive et de toucher certains facteurs générateurs d'handicaps ou de retards dans le développement des enfants, entre autres les attitudes des parents. Il nous a permis aussi de réaliser que les maternelles 4 ans restent une ressource tardive, si aucune autre aide n'est apportée aux parents. En offrant des activités éducatives aux parents, nous croyons aussi avoir permis qu'ils établissent des liens positifs et enrichissants avec l'école.

Nous avons favorisé beaucoup la communication entre les membres du groupe, puis entre eux et nous. L'apport d'informations venant du matériel utilisé (films, vidéos) ou des personnes ressources n'avait pour but que d'ajouter à celles qu'ils possédaient déjà et de servir d'amorce à l'expression d'opinions, de sentiments et à des exposés de situations. Les parents étaient invités à "mettre sur table" un matériel très riche, selon nous: leurs propres expériences et leurs aspirations.

Il fut intéressant de constater comment les parents sont intéressés à apprendre, quand le matériel utilisé est significatif, qu'il touche leur vécu, soit les différents aspects de l'éducation des enfants, leur rôle de conjoint, leur vie familiale. Nous veillions a ce que les discussions et les échanges échappent à des généralités et qu'ils se tiennent autour de situations concrètes. Cela fut très facile.

Les parents nous ont dit avoir beaucoup apprécié d'avoir été "écoutés" et stimulés à mettre en lumière leurs expériences et même leurs sentiments. Cela leur aurait permis de voir plus clair, de mieux juger de leurs attitudes, de leurs réactions, de leurs performances et, conséquemment, d'orienter leurs actions futures selon leurs possibilités personnelles et leurs aspirations. En aucun temps, nous avons voulu être directeurs, permettant à chacun de s'exprimer, de s'impliquer dans les échanges à son propre rythme, quand il se sentait prêt et disposé à le faire.

Il est évident que dans ces conditions, certaines personnes se sont peu exprimées tandis que d'autres ont été volubiles, mais nous observions que les unes comme les autres pouvaient arriver à des prises de conscience et même à des décisions quant à la façon de conduire désormais leurs nouvelles expériences éducatives, leur façon d'être et d'agir.

La difficulté majeure rencontrée se situa,dans un groupe, au niveau du statut socio-culturel des participants. Les difficultés d'adaptation vinrent de deux mères plus instruites et plus à l'aise financièrement que les autres. Elles ne parvinrent pas à s'adapter et à se sentir bien et demandèrent, au bout de trois rencontres, à être inscrites dans l'autre groupe où elles connaissaient déjà quelques participants.

Les parents ont formulé souvent des regrets tels que: "On aurait dû savoir ça

avant; on aurait dû faire ça avant aujourd'hui; on aurait dû pouvoir s'occuper de ça avant...". Mais nous n'avons jamais senti d'anxiété derrière ces affirmations. D'ailleurs, à chaque rencontre, nous rappelions la disponibilité des membres de l'équipe multidisciplinaire. Quelques parents seulement ont demandé des consultations individuelles au psychologue, à l'ortophoniste, à l'infirmière ou à la travailleuse sociale. Pour connaître la portée véritable d'un tel programme, il faudrait rencontrer à nouveau ces parents dans plusieurs mois. Cela permettrait de vérifier si les connaissances acquises ont pu être assimilées et appliquées dans la pratique.

Pour l'instant, nous nous appuyons d'abord sur le témoignage de la jardinière: "...Je trouve ces rencontres avec les parents très enrichissantes; ils semblent très satisfaits et très heureux de venir à l'école. Après étude et observation des progrès des enfants, on peut se rendre compte que les parents ont beaucoup appris...". Puis, il y a ce témoignage des parents quand ils ont exprimé le besoin d'avoir un programme semblable l'an prochain, et aussi quand ils nous ont dit regretter la fin des rencontres, en exprimant le désir de continuer à venir à l'école. Certains nous ont dit avoir mis de côté d'autres occupations, mais qu'ils s'en réjouissaient puisqu'ils se sentaient mieux dans leur rôle de parents et dans leur relation avec l'école.

LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL

UN INSTRUMENT DE PREVENTION A L'ECOLE

LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL
UN INSTRUMENT DE PREVENTION À L'ECOLE

Jacques Lalanne, m.a., prés. de
l'Institut de développement humain

SITUATION

Cette expérience est née de la rencontre de psychologues, de consultants scolaires et d'enseignants qui partageaient les mêmes préoccupations et, disons-le, les mêmes frustrations. Plusieurs jeunes, référés pour difficulté d'adaptation personnelle et scolaire, se retrouvent sur nos listes ou dans nos corridors parce que les enseignants et les éducateurs n'ont pas été formés à leur fournir les ingrédients essentiels à leur développement socio-affectif. Et c'est au sein même de la classe que cette prévention doit commencer si l'on veut réduire nos listes d'attente et empêcher l'inadaptation de s'installer définitivement.

Plusieurs parmi nous avaient participé à des dynamiques de groupe, formation de personnel, stages de croissance, etc., mais nous ne trouvions pas de procédés pédagogiques qu'on pût appliquer directement dans le cadre de la classe avec une certaine assurance de succès. Nous continuions donc à travailler au développement socio-affectif comme on joue de la musique à l'oreille. Nous faisions nos expériences et nous profitions des échanges d'impressions avec nos collègues.Nous donnions une grande attention à la coopération au sein de la classe, à l'initiative de sub-

venir aux jeunes et à l'absence de jugement envers leur personne. Nous étions le plus transparents possible, vivant auprès des jeunes comme auprès d'autres personnes,délaissant notre rôle pour nous impliquer davantage. Nous tenions des réunions pour permettre aux élèves d'exprimer ce qu'ils vivaient dans nos classes.

Lors d'études aux Etats-Unis, nous avons découvert des gens qui avaient les mêmes préoccupations que nous et qui avaient construit un programme qu'ils appliquaient depuis 1963. Ils présentaient une méthodologie simple, facilement utilisable et des guides pédagogiques qui expliquaient la théorie du développement affectif et présentaient des activités adaptées aux différents âges et niveaux de développement. Leurs expériences dans les milieux tant défavorisés que favorisés se révélaient fort positives. Leur approche s'inspire des grandes écoles psychologiques dont ils ont fait une synthèse harmonieuse. Pour nous, c'était la découverte d'une formule structurée de groupe de croissance personnelle pour enfants et adolescents, et une pédagogie organisée du développement socio-affectif.

DEFINITION ET OBJECTIFS

Tout comme une alimentation saine fournit aux enfants les vitamines et les autres substances nutritives nécessaires à leur santé physique, le "Programme de développement affectif et social" (PRODAS) apporte, de façon régulière, progressive et graduelle, les facteurs indispensables à une bonne santé mentale, soit la conscience, la réalisation et l'interaction sociale. L'activité principale consiste en un cercle où les jeunes et leur animateur adulte parlent de leurs expériences, d'après un thème proposé. Après cet échange affectif, la période d'intégration cognitive

leur donne l'occasion de discuter de ces expériences et de tirer leurs conclusions personnelles.

Les thèmes de "conscience" visent à aider les participants à mieux se connaître eux-même, à saisir ce qu'ils ressentent, ce qu'ils pensent, ce qu'ils font et à percevoir les autres adéquatement. On y emploie des thèmes comme: "Je me sens bien lorsque..." - "Je me sens bien et mal à la fois dans telle situation" - "J'ai peur de..." - "Une peur dont j'ai réussi à me débarrasser" - "Une pensée qui me revient souvent" - "Un désir que j'aimerais réaliser", etc.

Dans le bloc de "réalisation", les thèmes aident les participants à développer la confiance en eux-mêmes, en percevant fièrement leurs propres réalisations, leurs réussites, aussi à saisir les difficultés qu'ils rencontrent et à chercher des moyens pour résoudre leurs problèmes. On explore alors des thèmes comme: "Une activité manuelle où je réussis bien" - "Quelque chose que je suis fier d'avoir appris à l'école" - "Une chose que je suis capable de faire depuis peu" - "Une habileté que j'aimerais acquérir" - "Une décision que j'arrive difficilement à prendre" - "Un problème que j'ai résolu", etc.

Dans le bloc d'"interaction sociale", les thèmes aident les participants à voir de quelle façon ils s'influencent les uns les autres (comment j'agis sur les autres par mon comportement et comment les autres m'affectent). On y présente des thèmes comme: "Quelqu'un a fait quelque chose que j'ai apprécié" - "Un geste que j'ai posé et qui en a amené un autre à se sentir mal" - "Un moment où des camarades m'ont inclus dans leur groupe" - "Quelqu'un en qui j'ai confiance" - "Comment je conserve mes amis_", etc.

Durant ces rencontres, on démontre et on favorise une attitude de compréhension,

d'ouverture, d'authenticité, de respect et d'appréciation. L'écoute et l'échange sont encouragés tandis que les critiques et les jugements sont éliminés. L'animateur participe comme les membres du cercle et se révèle à titre personnel. A mesure que l'année avance, les jeunes sont invités à assumer davantage de responsabilités et à agir comme animateur à tour de rôle selon leur convenance.

Ces thèmes sont présentés de façon graduelle et progressive; les thèmes positifs sont toujours abordés avant les thèmes négatifs et ambivalents. Plusieurs thèmes de conscience puis de réalisation précèdent les thèmes d'interaction. Au cours d'une année on reprend plusieurs cycles progressifs de conscience, de réalisation, et d'interaction.

Ces activités fournissent, dès l'enfance et l'adolescence, l'occasion de développer les traits que les personnes en difficulté psychologique semblent avoir négligés. En effet, les personnes en consultation saisissent de façon confuse leur propre expérience (conscience), ont peu confiance en elles-mêmes (réalisation) et établissent difficilement des relations satisfaisantes (interaction). Elles se croient souvent des personnes à part et craignent d'être rejetées parce qu'elles sont différentes. Le groupe permettra de dissiper cette illusion d'anomalie.

L'activité donne des résultats significatifs lorsqu'on y consacre plusieurs heures par semaine: l'horaire varie de séances quotidiennes de 10 à 15 minutes à la maternelle, de 15 à 30 minutes au primaire, à plusieurs périodes hebdomadaires de 45 minutes au secondaire. Cette approche fournit également des jalons pour identifier les mécanismes de défense ou de mésadaptation et propose les remèdes à offrir dans les situations quotidiennes pour prévenir ou dissiper ces blocages du développement.

Plus qu'une simple technique, le PRODAS présente une approche au développement de la personne, appliquée au cadre scolaire actuel. On veut que la mentalité d'écoute, de respect, d'attention à l'expérience des étudiants s'étende bientôt aux autres activités scolaires de la journée et transforme la relation entre enseignant et étudiants.

FORMATION

Pour s'initier à ce programme, les enseignants et les éducateurs participent à une formation de base de 30 heures, qui comprend des périodes de laboratoire, des discussions des exposés, des exercices d'animation du "cercle", etc. Elle comprend les modes de travail suivants:

I Développement affectif: Dynamique et prévention, la révélation de soi comme facteur de santé mentale.

II Conscience: Eléments essentiels et mécanismes de défense; expérience personnelle, sentiments, pensées, comportements.

III Réalisation: Ingrédients importants et mésadaptations; confiance en soi, efficience personnelle, responsabilité.

IV Interaction: Facteurs nécessaires et agressions; attention, acceptation, appréciation, affection.

V Animation du cercle: Présentation, condescendance (invitations, écou-

te, révélation), intégration.

VI Animation du cercle: Démonstration et discussion en cercle avec des enfants ou des adolescents.

VII Difficultés d'animation du cercle et adaptation à des clientèles ou à des situations spéciales.

VIII Implantation et intégration: Le développement affectif, les matières scolaires, et le milieu éducatif.

Cette formation remplit cinq journées, en commençant de préférence par deux journées consécutives, pour continuer par des journées mensuelles. Les enseignants commencent l'application du programme et rapportent leurs expériences aux rencontres suivantes. Des réunions de supervision en complètent l'implantation: on y discute de l'application en partant d'expériences vécues, souvent filmées sur ruban magnétoscopique. La personne ressource visite régulièrement les groupes, anime elle-même le "cercle" à l'occasion et en discute avec l'enseignant, par la suite.

Chaque éducateur reçoit l'ouvrage théorique (PRODAS), un guide pratique approprié aux enfants avec qui il travaille, le profil de développement socio-affectif et quelques documents d'application. Dans le guide pratique, on retrouve les thèmes présentés dans leur séquence progressive, chacun avec définition d'objectif, explication méthodologique et suggestions pratiques pour son application. L'Institut de développement humain dispense aux enseignants une formation qui dure 30 heures. Il fournit également une formation et une supervision aux professionnels qui, à leur tour, peuvent agir comme moniteurs et assurer la formation et la supervision des enseignants et des éducateurs dans leur propre milieu.

OBSERVATIONS

Le PRODAS a été jusqu'à maintenant appliqué fructueusement avec des groupes d'enfants et d'adolescents de classes régulières et des groupes d'inadaptés. Même si cette formule préventive est surtout destinée aux enfants "normaux", des résultats positifs se manifestent avec les mésadaptés socio-affectifs tout comme avec les débiles légers. Cette approche évidemment ne s'avère pas applicable à ceux qui sont des déficients profonds ou des mésadaptés graves, car un âge mental de trois ans et un certain degré d'adaptation sociale sont requis pour faire partie d'un cercle.

Les enseignants observent que les enfants s'expriment plus facilement et communiquent de plus en plus clairement. Ceux qui sont inhibés manifestent des progrès sensibles après quelques semaines. La communication est plus efficace entre l'enseignant et les étudiants, également entre les étudiants eux-mêmes. Les thèmes que les enfants emploient dans les cercles deviennent bientôt partie intégrante de leur vocabulaire, et on peut entendre un enfant dire à un autre "Je me sens mal lorsque tu prends mes affaires sans me le demander" , alors qu'auparavant il était porté à dire "Si tu me donnes pas ça, je vais te donner un coup de poing". La communication inclut beaucoup plus l'aspect affectif et fait apparaître l'expérience vécue. La considération et le respect augmentent au sein du groupe. On peut plus facilement tolérer les différences. La coopération grandit et la déférence s'accroît tant dans les relations entre étudiants que dans celles entre enseignants et étudiants.

Décrivant leurs propres expériences, les enseignants qui appliquent ce program-

me deviennent beaucoup plus réceptifs au vécu des enfants. S'ils appliquent cette approche de façon régulière pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, leur pédagogie subit des transformations importantes. Ils sont davantage portés à respecter plus concrètement et plus fidèlement le rythme personnel des étudiants, leur capacité d'apprentissage et leur besoin d'apprendre. Ils deviennent plus flexibles dans leur méthode pédagogique et, à long terme, ils diront que la mentalité du cercle s'étend sur toute leur journée de travail.

RECHERCHES

Les recherches scientifiques démontrent des gains substantiels sur les six échelles relatives aux trois facteurs du "Programme de développement affectif et social". La conscience et la sensibilité aux autres s'accroissent, la confiance en soi et l'efficacité augmentent, la compréhension interpersonnelle et la tolérance montrent également des progrès sensibles. L'expression verbale et l'expression physique des sentiments deviennent de plus en plus manifestes.

D'après ces mesures effectuées chez des enfants âgés de 4 ans à 12 ans, on remarque en particulier un accroissement de l'estime de soi, des gains importants sur des échelles de maturité émotive et une adaptation personnelle, sociale, scolaire et physique accrue. D'autres études poursuivies avec des étudiants en difficulté âgés de 14 ans à 25 ans ont révélé que ces sessions sont utiles pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent et pour améliorer l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

Chez l'enseignant, on remarque une diminution de l'esprit fermé, du dogmatisme

et de l'autoritarisme, et une augmentation de l'affection ressentie envers les étudiants. On remarque également plusieurs autres résultats positifs, mais non statistiquement confirmés.

Ces résultats évidemment se font de plus en plus marquants avec le nombre de séances, mais déjà après une vingtaine de séances de 15 minutes, on peut observer des améliorations sensibles. En plus de ces accroissements sur les échelles qui regardent directement le développement affectif, on remarque, par ricochet, un accroissement du quotient intellectuel,dû en particulier à une amélioration de la capacité verbale, et un taux plus rapide de maturation et d'inclination à lire, de même qu'une diminution remarquable des absences.

EXPERIENCE

Comme stratégie de changement, le "Programme de développement affectif et social" s'avère un instrument fort utile et simple à implanter dans la situation scolaire actuelle. Plusieurs centaines de professionnels oeuvrant en milieu scolaire ont suivi la formation de moniteurs et continuent de former et de superviser les enseignants qui emploient ce programme. Quand on offre une session de formation au Programme de développement affectif et social, dans plusieurs commissions scolaires ou institutions, la liste des inscrits dépasse largement les capacités des personnes ressources. Nombreux aujourd'hui sont les enseignants sensibles au développement de la personne chez leurs élèves et qui sont à la recherche d'une méthodologie concrète pour y contribuer: le PRODAS leur fournit une formule pédagogique adaptée à leurs besoins.

L'expérience a révélé qu'il est essentiel que les enseignants et les éducateurs qui appliquent ce programme soient soutenus dans leurs efforts par une supervision régulière, assumée par des personnes ressources compétentes pendant au moins un an, sous forme de rencontres de groupe et d'entretiens individuels. Dans les milieux où la direction appuie ce programme, les résultats sont des plus favorables.

Les enseignants semblent quand même fortement démunis face au développement socio-affectif de leurs étudiants. Certains s'autorisent difficilement à inclure dans l'horaire une activité de formation personnelle et sociale, même si le ministère approuve de consacrer une heure par semaine à cet aspect de l'éducation. Cette activité risque d'être éliminée de l'horaire au moindre contretemps, même si les jeunes le réclament, car ils apprécient beaucoup cette activité. Plusieurs enseignants n'ont pas animé suffisamment de cercles pour en voir les résultats et ont abandonné avant que leur expérience leur confirmât l'utilité ou la nécessité de ces rencontres.

Evidemment, ce programme est implanté surtout à l'élémentaire, où le titulaire vit toute la journée avec ses élèves et s'intéresse de plus près au développement de leur personne. Son extension au secondaire se révèle plus difficile: d'abord les enseignants se voient comme des spécialistes d'une matière: aussi, il devient compliqué d'introduire cette activité à l'horaire et, finalement, les adolescents eux-mêmes sont plus défensifs face à une activité où ils révèlent leur expérience personnelle. Les activités pédagogiques du secondaire présentent plus de variété et se prêtent souvent à la communication en cercle par des activités plus concrètes.

Les moniteurs doivent suivre les canaux administratifs pour organiser auprès des enseignants leur formation, à titre de mise à jour, et le donner durant les jour-

nées pédagogiques. Ils ont parfois de la difficulté à limiter l'intervention éducative de chaque séance à son objectif particulier: habitués à une formation thérapeutique, ils voudraient tout régler dans la même séance. La préparation et la réalisation des journées de formation leur demandent une somme importante d'énergie et de temps. Après quelques mois d'une application suivie, ils sont cependant ravis de voir à quel point ce temps investi dans la prévention a pu être fructueux pour le développement socio-affectif des étudiants, pour le climat de plusieurs classes et même pour l'atmosphère général qui règne au sein de l'école. La plus grande difficulté demeure le changement de mentalité que requiert cette approche. Il n'est pas facile pour l'enseignant de devenir complètement ouvert aux dimensions socio-affectives alors que sa formation originale l'avait orienté vers la transmission cognitive.

La plupart de ces activités de formation impliquent des enseignants en exercice. Bien qu'on ait eu l'occasion d'offrir ce cours dans les universités, rares sont les facultés des sciences de l'éducation qui offrent actuellement dans leur cours une initiation concrète à une méthodologie de formation personnelle et sociale. Ce front reste la prochaine étape de prévention.

REFERENCES

Ouvrages fondamentaux:

BESSELL, Harold, Le développement socio-affectif de l'enfant, Québec, Institut de développement humain, 1972.

BESSELL, Harold et Uvaldo Palomares, Programme de développement affectif et social, le cercle magique: Guide Pratique de premier niveau, Québec,Institut de développement humain, 1970.

BESSELL, Harold et Géraldine Ball, Programme de développement affectif et social, le cercle magique: Guide Pratique de niveau préscolaire, Québec, Institut de développement humain, 1975.

BALL, Géraldine et Uvaldo Palomares, Programme de développement affectif et social, le cercle magique: Guide Pratique de sixième niveau, Québec, Institut de développement humain, 1978.

PALOMARES, Uvaldo et Géraldine Ball, Inner Change, A Journey Into Self Learning Through Group Interaction, La Mesa, Human Development Training Institute, 1977.

PALOMARES, Uvaldo et Ben Logan, A curriculum on conflict management (livre et films), La Mesa, Human Development Training Institute, 1975.

RECHERCHES

BESSELL, Harold, ph.d., The Content is the Medium: The Confidence is the Message, dans Psychology Today, January 1968.

BESSELL, Harold, ph.d., Human Development in the Elementary School Classroom, dans New Perspectives in Encounter Groups, Solomon & Berzon, Jossey-Bass, San Francisco,1972, pp. 349-67.

BRETT, Arlene C., The Influence of Affective Education on the Cognitive Performance of Kindergarten Children (unpublished Doctoral Dissertation, University of Miami, 1973).

CASTAN, Frances, Alternatives to Corporal Punishment, dans Scholastic Teacher, Junior/Senior High Teacher's Edition, September 1973, pp. 21-27.

COOPERSMITH, Stanley, Studies in Self-Esteem, dans Scientific American, February 1968, pp. 96-101, 106.

DARRIGRAND, Grace E. and Moy F. Gum, A Comparison of the Effects of Two Methods of Developmental Guidance on the Self-Concept, Peer Relationships, and School Attitudes of Second Grade Children, Additional Studies in Elementary School Guidance: Psychological Education Activities Evaluated, G. Dean Miller, Pupil Personnel Services Section, Division of Instruction, Minnesota Department of Education, St Paul, Minnesota, 1973, pp. 63-111.

ELBERT, Weldon and Bill Hitfield, Kids Do-A-Thing: A Group Guidance Program with Pre-School Children (Unpublished Report, Human Development Training Institute, La Mesa, California, 1970).

FEARN, Leif, The Generation of Appropriate Vocabulary for the Affective Writing Task, Research report given to the National Teachers of English Convention, Atlanta, Georgia, Fall 1970.

FENSTERMACHER, Joanna T., Structured Versus Unstructured Group Experiences with Two Personality Types of Low Achieving Readers at the Fifth Level (Unpublished Doctoral Thesis, University of Miami, Coral Gables,1972).

FIRTH, James L., An Investigation of the Effectiveness of the Bessell-Palomares Inservice Training Program on Teacher Attitudes (Unpublished Doctoral Thesis, Arizona State University, Tempe, 1974).

HAWKINSON, Ann, The Effect of the HDP on the Self-Concept of Some Elementary School Children (Unpublished Master's Degree Thesis, California State University, Hayward, 1970).

HDP Workship Evaluation, San Bernardio City Schools, San Bernardino, California, 1970.

HELFAT, Lucille, The Gut Level Needs of Kids, dans Learning II, no. 2, October 1973, pp. 30-4.

JACKSON, Wilber J., A Study of the Relationship Between a Small Group Discussion Activity, The Self-Concept, and Reading Achievement of Selected Fourth Grade Boys and Girls (Unpublished Doctoral Thesis, Oregon State University, 1973).

LACHAPELLE, Dolores. Teach Children to Love Themselves - or God Help Their Neighbors. The Catechist, a religious education publication of the Catholic Churches in the U.S., pp. 14-6.

LINDBORG, Sherrie, and Mary Turner. K-3 Language Arts Improvement Project: Evaluation Report (Unpublished Report to Independent School District Number 197, West St Paul, Minnesota, 1972).

MALONEY, Claude, Application d'un programme de développement affectif et social à un groupe d'enfants perturbés affectifs de maternelle et de première année (Thèse de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières, 1974)

McGEE, Grace Ann, An Evaluation of the Effects of the Bessell Palomares Human Development Program on Five Year Olds in an Appalachian Head Start Class (Unpublished Master's Degree Thesis, California State University, Fullerton, California, June 1971).

MOSSER, Marjorie and Robert Evans, The Effects of Small Group Interaction on Self-Esteem and Interpersonal Relations, Palm Beach County Public Schools, Palm Beach, Florida, 1973.

PALOMARES, Uvaldo, Ed. D., Desegregating People's Minds, dans The Civil Rights Digest, a quarterly report from the U.S. Commission on Civil Rights, Summer 1969, pp. 39-43.

PALOMARES, Uvaldo, Ed. D., and Terri Rubini, Human Development in the Classroom, dans Personnel and Guidance Journal, LI, no. 9, May 1973, pp. 653-7.

PALOMARES, Uvaldo, Ed. D., Miguel Trujillo and Geraldine Ball, Bilingual Education and the Human Development Program, a monograph published by Human Development Training Institute, La Mesa, California, 1973.

RITZMAN, Elmer R., Adapting the Human Development Program to the Community College Level, Montgomery County Community College, Blue Bell, Pennsylvania, 1973.

SAVEDRA, Carlos, The 'Magic Circle' and Bilingual/Bicultural Education, (An unpublished report submitted to the Human Development Training Institute, La Mesa, California, 1970).

SAVEDRA, Carlos, F., Rivera and H. Cordova, Curriculum and Materials for Bilingual-Bicultural Education, dans The National Elementary Principal, I,

No. 2, November 1970, p. 56

SCHNIEDER, Judith, A Study of a Discussion Group in a Remedial School (An unpublished master's thesis, University of California, Los Angeles, 1970).

SHELVER, Janet W., The Effect of Reading Reinforcement and Group Counseling On Low-Achieving Second and Third Grade Students (Unpublished Education Specialist Report, Purdue University, 1971).

STRICKLER, Richard W., Evaluation of HDP and Other Guidance Materials, Penn-Delco School District, Aston, Delaware County,Pennsylvania, 1973.

TIMMERMAN, Warren. Communicating Feeling: A How-to-do-it Program for Teachers, dans UCLA Educators, Graduate School of Education, University of California, Los Angeles, XII, no. 2, Spring 1970, pp. 12-3.

LE DEVELOPPEMENT DU LANGAGE EN MILIEU SCOLAIRE

LE DEVELOPPEMENT DU LANGAGE EN MILIEU SCOLAIRE

Christiane Brunelle

Un programme de prévention et de correction des troubles du langage a été mis sur pied par le Département de santé communautaire du centre hospitalier de l'université Laval (CHUL) en 1975-1976, dans le but de prévenir, d'identifier et de corriger les troubles mineurs de langage en milieu scolaire (1).

ORIGINE DU PROGRAMME

Depuis quelques années déjà, les autorités scolaires, les professeurs et les professionnels de l'éducation de la région de Portneuf faisaient des démarches afin d'obtenir des services en orthophonie pour les enfants présentant des troubles de langage. Bien que sensibles à leurs démarches, les organismes sociaux et les établissements de santé sollicités ne pouvaient dispenser ces services spécialisés en raison surtout d'un manque évident de ressources: en 1973-1974 il y avait seulement 12 orthophonistes dans la région de Québec et aucun en milieu rural, des listes d'attente s'étendant souvent jusqu'à deux ans, etc.

Le DSC du CHUL à qui revient la responsabilité de planifier et de coordonner les services de santé dans une région donnée, et dont le comté de Portneuf fait partie, a alors entrepris d'étudier toute la question. A la lumière des données fournies

par les commissions scolaires et les services sociaux, à la suite de consultations avec des spécialistes en orthophonie et à la lecture de certains documents relatifs à cette question (2), certains problèmes "techniques" ressortaient nettement: le manque de ressources, les longues listes d'attente (entre 1 et 2 ans), les longues distances à parcourir pour les enfants de milieu rural, les absences répétées, les dépenses encourues, etc.

Plutôt que de corriger cette situation, il nous est apparu nécessaire d'en corriger d'abord la cause, à savoir l'absence de prévention primaire, d'une part et la prise en charge trop tardive des enfants par les spécialistes, d'autre part. En effet, bien des troubles mineurs de langage s'aggravent et évoluent vers une forme de dyslexie ou vers des troubles d'apprentissage et parfois de comportement, faute d'avoir été découverts assez tôt.

L'augmentation des services cliniques et curatifs en orthophonie (s'il s'en était trouvé de disponibles) aurait été une solution de replâtrage, c'est-à-dire n'aurait servi finalement qu'à soulager une infime partie de la population présentant des troubles de langage, sans pour autant diminuer leur prévalence. Mais comment mener une action préventive dans le domaine du langage, domaine réservé jusqu'ici à des spécialistes de la rééducation?

CONTEXTE

Avant d'élaborer le programme, voici quelques considérations que nous a faites un consultant en orthophonie, David-Michel Roulin, et qui ont servi par la suite

d'avant-propos au guide pratique sur le développement du langage (3) qu'il a publié en collaboration avec le CHUL. Au cours de la clinique en milieu hospitalier et scolaire, quelques évidences sont apparues:

a) Apprendre, c'est apprendre du langage. La première référence se trouve dans la Genèse; lorsque Dieu ouvre à Adam les portes du Paradis terrestre et lui dit: "Va et nomme toutes choses", on entend bien que la connaissance du monde commence par le voir, le toucher et le sentir, mais s'achève dans le MOT qui désigne l'objet, le rattache et l'ordonne.

b) En conséquence, enseigner devient enseigner le langage, et nous savons que la scolarité, par-dessus l'emmagasinage des connaissances, vise au développement des fonctions intellectuelles, c'est-à-dire au maniement du langage. Comme le développement linguistique se fonde sur des prérequis et qu'il se fait selon un processus strict, il est naturellement nécessaire de les connaître et de les utiliser en fondant sur eux la pédagogie.

c) Et pour couronner les deux premiers énoncés, un trouble d'apprentissage c'est, le plus souvent, un trouble de langage. On le constate journellement en clinique. Tel enfant est référé pour échec scolaire; on observe une immaturité perceptive et motrice, à laquelle correspond un langage oral souvent insuffisant et un langage écrit nul. On peut imaginer à quel point il est resté désorienté dans les situations de l'apprentissage scolaire et on comprend que cet inconfort (le mot est faible) quotidien l'ait amené à adopter l'un ou l'autre de ces comportements que l'on appelle caractériels.

Ces remarques ajoutées aux constatations faites en milieu scolaire, où l'on retrouvait bon nombre d'élèves en classes dites "spéciales" pour "troubles d'appren-

tissage", nous ont renforcés dans notre décision de mener une action préventive en milieu scolaire. Nous étions bien conscients que, idéalement, les premières personnes à rejoindre devraient être les parents, à qui il faudrait donner l'information nécessaire sur les étapes du développement du langage, sur l'importance de créer un climat affectif adéquat et sur les façons de pallier certaines carences, etc. Mais il fallait être réaliste et commencer à travailler auprès d'une population avec laquelle nous étions déjà en contact par nos programmes de prévention, soit le milieu scolaire.

L'élaboration d'un programme de prévention et de correction des troubles du langage allait donc s'inscrire dans le contexte bien précis de la santé en milieu scolaire, dans les commissions scolaires du territoire desservi par le DSC du CHUL. En effet, le programme en santé scolaire tel que restructuré en 1974 par le DSC en collaboration avec les 8 commissions scolaires qu'il desservait (*) comprend plusieurs éléments et rejoint des groupes d'élèves bien précis. Leur énumération fera mieux saisir dans quel sens nous nous inscrivons dans la surveillance de la santé globale de l'enfant.

Le programme à l'élémentaire comprend donc:

1) le dépistage des problèmes de développement chez les élèves entrant dans les classes maternelles. Ce dépistage s'effectue à l'aide d'un questionnaire aux parents et par l'observation des professeurs,
2) le dépistage des troubles d'audition chez les élèves de maternelle,
3) le dépistage des problèmes visuels chez les élèves de maternelle, 1ère, 6e et

---

(*) Sainte-Foy, Mgr Vachon, Grandbois, Portneuf, Jeune-Lorette, Ancienne-Lorette, Lothinière et Marie-Victorin.

classes spéciales,

4) le dépistage de l'hypermétropie chez les élèves de maternelle et de 1ère année,

5) le dépistage des problèmes de croissance "staturopondérale" (élèves de maternelle, 1ère et 6e années) fait en collaboration avec les professeurs,

6) le développement du langage (élèves de maternelle, 1ère, 2e et 3e années). Ce dépistage, tel que démontré dans le présent article, est assuré par les enseignants,

7) les examens dentaires chez les élèves de 2e année réalisés par des hygiénistes dentaires,

8) le brossage de dents à l'école (en maternelle) dont la responsabilité revenait aux professeurs,

9) la politique d'interdiction des friandises à l'école à tous les niveaux scolaires. Cet élément de programme mis de l'avant par le dentiste du DSC est assumé par les directions scolaires et quelques comités d'école,

10) l'organisation qui vise à former le personnel scolaire à donner les premiers soins,

11) l'éducation sur la nutrition à la maternelle, donnée par les enseignants,

12) la prévention des maladies contagieuses chez les enfants de maternelle, par investigation de l'infirmière.

Comme on peut le constater, le programme de santé scolaire planifié et coordonné par le DSC ne requiert plus seulement l'intervention des infirmières mais aussi, et de plus en plus, celles du corps enseignant et du personnel professionnel des commissions scolaires.

DEFINITION

Il nous est apparu urgent de fournir aux milieux scolaires des moyens d'effectuer un dépistage exact, avec des méthodes normalisées, et, parallèlement à l'approche préventive, nous avons cru urgent d'adopter une approche corrective de première ligne en mettant les professeurs à contribution, parce que nous étions convaincus que c'est dès la maternelle qu'il faut faire quelque chose. Compte tenu de l'état de nos connaissances de ce problème, des ressources disponibles limitées et de l'importance grandissante des troubles de langage (*) dans notre population scolaire (4), nous avons proposé un programme dont l'objectif général nous semblait susceptible de modifier à court et à moyen terme les paramètres suivants du problème:

A) Augmenter les connaissances et l'efficacité des professeurs à l'identification de 100% des cas.

B) Faire en sorte que les professeurs puissent intervenir auprès de 80% des cas dépistés.

C) Ramener à 20% et moins les cas à référer aux orthophonistes cliniciens du territoire (soit les cas aigus d'enfants non rééducables en milieu scolaire).

(*) D'après la plupart des études, 12 à 15% de la population scolaire présente des troubles de langage.

L'école étant le seul lieu qui nous permette de mener une action préventive de masse, voici les moyens que nous avons choisis pour atteindre notre but:

1) Dispenser en milieu scolaire un cours d'introduction aux troubles du langage, destiné aux professeurs de maternelle et de 1er cycle, pour les amener à une pédagogie du langage.

2) Donner aux professeurs les moyens de corriger les troubles mineurs (par cette formation) et leur offrir les services d'un consultant en orthophonie, pour les guider dans l'élaboration de la correction en milieu scolaire.

"DESCRIPTION DU PROJET"

Etape préliminaire

Il fallait d'abord identifier nos populations-cibles, les intervenants, développer une stratégie et établir des contacts pour vérifier les possibilités de réalisation. Nous avons demandé à l'Extension de l'enseignement du service de l'éducation permanente de l'université Laval qui offrait déjà un cours spécialisé sur les troubles de langage d'organiser des sessions de formation pour des groupes de professeurs dans les commissions scolaires de notre territoire, mais d'abord dans les trois commissions scolaires de la région de Portneuf, dans le cadre d'un projet pilote. (Commissions scolaires Grandhois, Portneuf et Mgr Vachon). Une fois cette entente prise avec l'université nous avons présenté notre projet de démonstration aux autorités scolaires de notre territoire, leur faisant part de notre intention

de leur offrir du temps de consultation en orthophonie pour les professeurs à qui ils accepteraient de donner la formation de base sur les troubles du langage.

Projet-pilote

Avec une assurance de collaboration de la part des commissions scolaires, nous avons entrepris la première phase du projet-pilote, soit la session de formation dans la région de Portneuf auprès de 30 professeurs de maternelle et de classes spéciales.

La session qui donnait droit à 3 crédits universitaires comprenait 25 heures de cours théoriques et quelques heures de travaux pratiques (étude de cas). Le contenu du cours (PED - 11980) intitulé "Introduction à l'étude des troubles de langage" visait à fournir aux professeurs les moyens de travailler au développement du langage total, de classifier et d'identifier les troubles du langage,et à donner quelques méthodes de correction pour les troubles mineurs.

Ce cours portait plus précisément sur l'acquisition du langage normal, soit les mécanismes cérébraux et "émotionnels" du langage, les conséquences familiales et pédagogiques sur son développement. Le cours exposait ensuite les troubles du langage généralement rencontrés chez les enfants soit: le trouble d'articulation, le trouble de la parole et le retard de langage. En plus de démontrer le mécanisme et de faire la description des troubles, M. Roulin montrait aux enseignants à faire l'examen de ces troubles et leur enseignait quelques techniques de rééducation. La rééducation des prérequis (schéma corporel, motricité,perceptions visuelles et auditives, etc) faisait également partie de ce cours dont l'aspect pratique fut fortement apprécié par les enseignants. Cette session-pilote s'est tenue en avril-mai

1975 et fut suivie d'une première évaluation en juin.

Evaluation

Avant de pousser plus loin l'implantation de ces cours, il nous fallait vérifier le degré de satisfaction des professeurs après la session-pilote et aussi connaître quelle valeur ils attribuaient à cette session comme outil de prévention.

Vingt professeurs sur trente ont répondu à un questionnaire sur une base volontaire (5). On peut retenir de cette évaluation "subjective" que la plupart des professeurs s'étaient inscrits à la session dans le but de connaître les causes possibles des troubles de langage rencontrés fréquemment dans leurs classes, mais surtout de connaître des moyens pratiques d'intervenir ou de corriger certains d'entre eux. Un peu plus de la moitié disent être en mesure de corriger les troubles mineurs de la parole (niveau des perceptions) et d'articulation (niveau de l'expression) par l'introduction dans leurs classes d'exercices précis et appropriés appris pendant cette session. Les trois quarts des répondants ont jugé indispensable cette période de formation pour faire un dépistage juste de certains troubles et les corriger.

A la lecture des réponses, nous avons été portés à conclure que cette session de formation sur le développement du langage (fortement appréciée par tous les professeurs) constituait l'outil de base pour procéder à une action préventive, à la condition que les professeurs intègrent vraiment les méthodes de dépistage et les techniques de correction dans le cadre d'une pédagogie normale. On pouvait aussi supposer que ces professeurs avaient maintenant suffisamment de connaissances pour atteindre des objectifs pédagogiques applicables à toute la classe, ceux-ci visant

à améliorer le niveau de langage de l'ensemble des élèves tout en corrigeant les troubles mineurs.

Les trois commissions scolaires impliquées dans le projet-pilote (entièrement financé par le DSC du CHUL) ont fait à nouveau une demande pour former 30 autres professeurs, cette fois à leur charge, tel que prévu dans notre entente. Deux autres commissions scolaires, Jeune-Lorette et Ancienne-Lorette, en ont fait autant au cours de l'année, sans même attendre la deuxième partie de l'évaluation que nous devions faire six mois après la première session de cours. Pour procéder à la deuxième partie de l'évaluation (6), de façon plus objective cette fois, le DSC a préparé un protocole de rencontres avec les professeurs de Portneuf dans le but de mesurer:

a) Les connaissances et les attitudes des professeurs quant à une pédagogie du langage,
b) Leur habileté à identifier et à classifier les troubles,
c) Les actions préventives et correctives posées par les enseignants après trois ou quatre mois de travail pédagogique auprès des enfants de leurs classes.

Ayant procédé par échantillonnage au hasard, nous avons rencontré 13 enseignants sur les 27 qui avaient suivi les cours avec assiduité. Nous avons effectivement constaté que la moitié des interviewés manifestaient un excellent niveau de compréhension du processus d'acquisition du langage, et que - c'est sans doute le plus important - la majorité avait développé une attitude plus positive quant à une pédagogie du langage. Pour ce qui est de leur capacité d'identifier et de classifier les troubles du langage, la majorité des enseignants se sont montrés aptes à évaluer avec justesse les troubles du langage, pas nécessairement à la mesure de "spécialistes", mais dans le même sens tout au moins. Le 3e volet de l'évaluation nous

a permis de constater que les enseignants sont pour la plupart suffisamment outillés pour apporter des correctifs aux cas mineurs. Même si les enseignants possèdent le bagage nécessaire,ils ont occasionnellement besoin d'un "rafraîchissement", de conseils pratiques d'un spécialiste en rééducation du langage.

L'AN UN D'IMPLANTATION

Avant même que nous eussions terminé l'évaluation (sur le terrain) du projet-pilote,deux autres commissions scolaires avaient déjà entrepris la formation de leurs professeurs, comme nous le mentionnions plus haut. Et, selon notre entente,le DSC du CHUL accordait à ces professeurs du temps de consultation avec M. Roulin.

Cette formule de consultation que nous avions privilégiée dans notre programme s'est d'ailleurs avérée des plus utile à tous les enseignants. L'étude d'un cas avec l'orthophoniste démontrait aux enseignants comment on peut bâtir un plan de correction. Cette étude de cas en groupe, menée par l'orthophoniste, met en contact les professeurs (4 ou 5 à la fois), les parents de l'enfant, lorsqu'ils sont disponibles, et, à l'occasion, un rééducateur, l'infirmière et même le directeur de l'école; elle permet à toutes ces personnes de comprendre que la correction d'un trouble n'est pas la seule affaire d'un spécialiste, vu occasionnellement, mais bien l'affaire de tout un "milieu".

Une difficulté d'apprentissage qui découle d'un trouble du langage doit être prise en charge par un ensemble de personnes. Il s'agit que celles-ci soient au moins conscientes de ce qu'elles peuvent faire. Les sessions de formation et les

périodes de consultation données par le consultant en orthophonie nous sont apparues comme un des moyens efficaces de favoriser cette approche globale. Les 40 infirmières en santé scolaire, rattachées au DSC du CHUL ont également bénéficié d'une session de formation sur le développement du langage. C'était une facon de les impliquer davantage dans le processus suivi dans des cas dépistés par les professeurs. Cette session de formation, selon leurs propres témoignages, leur a démontré l'importance de faire le dépistage des troubles d'audition et de vision et aussi les a aidés à faire le lien entre différents problèmes observés chez certains enfants.

L'évaluation subséquente de ce programme s'est poursuivie avec la collaboration de ces infirmières, qui, au début de 1976-1977, ont demandé aux enseignants de maternelle et à ceux du premier cycle de leur faire un relevé des enfants présentant des troubles de langage, en indiquant leur nature, la nécessité ou non de faire suivre un enfant par le spécialiste de l'extérieur et en précisant aussi si l'enfant devait être surveillé. L'infirmière pouvait donc, quelques mois plus tard, faire une relance et suivre l'évolution de chaque cas et, au besoin, sensibiliser le milieu et les parents aux diverses solutions qui se présentaient. Elle procédait évidemment à l'investigation physique des enfants (tests d'audition et autres) si l'enseignant lui en soulignait la nécessité. Il ne faut pas croire ici que le fichier d'enfants "à risques" de l'infirmière a grossi de beaucoup, car il arrive très fréquemment que les enfants souffrant d'un trouble de langage sont déjà inscrits dans le fichier pour un autre problème de santé.

L'AN DEUX D'IMPLANTATION

A la fin de la première année d'implantation du programme (1975-1976), 138 professeurs avaient reçu la formation sur le développement du langage. Dans le cadre des journées de consultation, M. Roulin a vu 90 enfants dans les régions de Portneuf et Chauveau, dont 30 en présence des parents. Bien qu'étudiés à des fins pédagogiques, pour aider les enseignants à bien identifier les problèmes, M. Roulin nous a affirmé que 25% des enfants devaient être référés à l'extérieur et que les autres, soit 75%, pouvaient être suivis en milieu scolaire. Nous avons dû attendre l'année suivante (1976-1977) pour obtenir une mesure précise du nombre de problèmes réglés au cours de l'année en regard de ceux identifiés par les professeurs. Le tableau qui suit permet de constater que nos prévisions selon lesquelles les professeurs allaient pouvoir intervenir auprès de 80% des cas dépistés étaient réalistes.

Voir tableau.

[1] Tableau tiré de "Evaluation du programme en santé scolaire à l'élémentaire - année 76-77 - DSC - CHUL

Problèmes de langage décelés par les enseignants, selon le niveau scolaire.

Résultats du traitement, 1976-1977.

VARIABLES	NIVEAUX SCOLAIRES Maternelle	1ère année Génér.	1ère année Spec.	2e année	3e année	Total D.S.C.
1. Elèves inscrits	3442	3328	365	3303	3385	13823
2. Problèmes décelés	368	218	78	100	63	827
Pourcentage sur le total d'élèves	10.7%	6.6%	21.4%	3.0%	1.9%	6.0%
3. Elèves référés à l'extérieur	76	42	13	18	11	160
Pourcentage sur le total d'élèves "problèmes"	20.7%	19.3%	16.7%	18.0%	17.5%	19.3%
4. Elèves non référés	292	176	65	82	52	667
Pourcentage sur le total d'élèves "problèmes"	79.3%	80.7%	83.3%	91.0%	82.5%	80.7%
5. Elèves référés et examinés	44	25	12	16	8	105
6. Elèves traités à l'extérieur et corrigés	1	5	1	3	-	10
7. Elèves traités à l'extérieur et améliorés	42	18	10	12	8	90
8. Elèves traités à l'extérieur sans succès	1	2	1	1	-	5
9. Elèves suivis à l'école	292	176	65	82	52	667
10. Elèves suivis à l'école corrigés	41	36	9	10	9	105(15.7%)
11. Elèves suivis à l'école améliorés	228	102	44	55	35	464(69.6%)
12. Elèves suivis à l'école sans succès	23	38	12	17	8	98(14.6%)
13. Elèves suivis à l'école avec un plan de traitement	208	117	51	59	34	469
Pourcentage sur le total suivi à l'école	71.2%	66.5%	78.5%	72.0%	65.4%	70.3%

Il est intéressant de noter que sur les élèves suivis à l'école, 15% d'entre eux ont été corrigés, 69.6% ont été améliorés et 14.7% sont demeurés inchangés. Il faut préciser ici que les enfants suivis à l'école ne sont pas pris en charge uniquement par des professeurs mais aussi par les autres professionnels. Les informations contenues dans ce tableau viennent des professeurs et aucune validation systématique n'a été faite par examen direct des élèves. Les données recueillies sont toutefois cohérentes dans l'ensemble.

Projet en découlant: un Guide pratique

Dès le début de 1976, nous étions bien conscients que notre programme, basé sur la formation des enseignants, reposait en grande partie sur la disponibilité d'une personne: le chargé de cours-consultant, monsieur David M. Roulin,qui allait avoir de plus en plus de difficultés à répondre aux demandes des commissions scolaires.En effet, la plupart d'entre elles désiraient offrir la formation de base sur les troubles du langage à tous leurs enseignants de 1er cycle, ce qui faisait environ 400 enseignants pour tout le territoire desservi par le DSC du CHUL.

En raison des contraintes de temps, de distances à parcourir, d'horaires etc. de l'orthophoniste et de l'empressement de chaque commission scolaire à obtenir ses services, il fallait trouver une solution durable qui ne minimisât pas la qualité de cette formation privilégiée. Nous avons donc "commandé" à M. Roulin un "guide pratique" en orthophonie destiné aux enseignants de l'élémentaire.

Tout à fait d'accord avec ce projet de publication d'un guide pratique, M. Poulin a fait en sorte que ce guide remplaçât en bonne partie le cours qu'il dispensait déjà aux enseignants et devînt un outil plus concret pour ceux-ci. Le guide

comprend d'abord un exposé théorique sur le langage normal (de son développement aux mécanismes d'acquisition) et, dans la seconde partie, la description des troubles de langage les plus courants, les moyens de les reconnaître et de les classifier, et des techniques simples de rééducation applicables en milieu scolaire.

Avec ce guide, publié à l'automne de 1976, nous pouvons faire profiter d'autres milieux d'un outil de prévention simple, peu coûteux et très pratique, qui aurait cependant avantage à être complété de sessions de pratique ou d'animation menées par un spécialiste de la rééducation du langage.

Aussi, en tant que producteur de ce manuel, le DSC a reçu un appui de la part des Services aux étudiants de la Direction générale des réseaux du ministère de l'Education qui a qualifié le guide de "Bon manuel pour des enseignants qui désirent participer à la prévention et à la correction des troubles du langage chez les élèves". Le premier tirage, de 1200 copies, s'est écoulé en moins de dix mois, et l'éditeur prépare une réimpression.

A l'exception des commissions scolaires situées sur le territoire du DSC du CHUL, où le nombre de professeurs formés est de 264, et de quelques autres dans les régions avoisinantes, le "guide" n'a pas encore fait l'objet de sessions de formation organisées. Il a toutefois suscité beaucoup d'intérêt tant chez les directeurs d'écoles, les professionnels des services aux élèves que chez les enseignants.

CONCLUSION

Au fur et à mesure de l'implantation de ce programme, nous nous sommes rendu

compte que les milieux scolaires s'engageaient de plus en plus et qu'il s'y créait même une dynamique assez particulière tant du côté des enseignants que des commissions scolaires. Il y a trois ans, les enseignants démissionnaient plus facilement devant les difficultés de langage ou d'apprentissage des élèves. Ils savent maintenant qu'ils peuvent contribuer de manière efficace au dépistage de ces problèmes, qu'ils peuvent en reconnaître l'importance et, bien souvent, appliquer certaines corrections en liaison avec un spécialiste de la rééducation. Le témoignage suivant illustre bien ce changement d'attitude: "Je n'attends plus le spécialiste avant de faire quelque chose. Quand j'ai la chance d'en voir passer un dans mon école, je vérifie auprès de lui, pour savoir si je suis sur la bonne piste avec mes élèves.Je me sens beaucoup plus sûre de moi maintenant que je sais comment s'acquiert le langage."

Quant aux commissions scolaires, en plus d'un plus grand souci de formation du personnel enseignant, elles cherchent à développer des moyens pour sensibiliser les parents d'enfants d'âge préscolaire à l'importance de renforcer les prérequis du langage avant leur entrée en classe. C'est d'ailleurs dans cette perspective que nous avons entrepris d'inclure des éléments d'information en ce sens dans notre programme de surveillance des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire. Notre approche des parents dans ce domaine, inscrite dans le cadre d'un programme structuré de la santé communautaire, constituera un prolongement naturel de la prévention des troubles du langage et visera à favoriser au maximum le développement global de l'enfant.

Références

(1) Prévention et correction des troubles du langage, DSC du CHUL, programme révisé, avril 1975.

(2) L'orthophonie-audiologie, un besoin en milieu scolaire, février 1975, document préparé pour des étudiants à la maîtrise en orthophonie-audiologie 1974, sous la direction de Suzanne Fortin, m.a., orthophoniste scolaire, commission scolaire de Saint-Eustache.

(3) Guide pratique sur le développement du langage, par David M. Roulin, consultant en orthophonie, DSC du CHUL, Editions La Liberté Inc.

(4) L'orthophonie en milieu scolaire, 1971 et 1973, document produit pour le MEQ par la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, comité des relations professionnelles et économiques.

(5) - Evaluation - session-pilote de formation - juin 1975.

(6) - Evaluation de la session-pilote sur le développement du langage dans les trois commissions scolaires de Portneuf au printemps 1975, DSC du CHUL, janvier 1976.

PARTIE IV: REALISATIONS DANS LE SECTEUR SCOLAIRE SECONDAIRE ET COLLEGIAL

Les secteurs scolaires du secondaire et du collégial constituent souvent des milieux propices à une action préventive; ils regroupent en effet des jeunes aux prises avec les problèmes de leur évolution normale, de leurs relations familiales, de leur orientation scolaire.

Sylvie Glen-Bédard et Brigitte Prévost-Guérin, dans le projet PELAI, décrivent une expérience de formation de professeurs à la relation d'aide; ce projet se fonde sur une technique souvent utilisée en prévention, soit l'emploi éclairé des ressources de première ligne. Raoul Vallières, à partir des tentatives élaborées par le ministère des Affaires sociales, relate sa conception et son utilisation d'un programme d'information sexuelle chez des jeunes du secondaire. Enfin, Benoît Bélanger, utilisant la technique bien connue des groupes de croissance personnelle, en rapporte l'utilisation auprès d'une clientèle spécifique, soit les jeunes de niveau collégial.

FORMATION A LA RELATION D'AIDE: PROJET "RELAI"

FORMATION A LA RELATION D'AIDE: PROJET "RELAI"

Sylvie Glen-Bédard

Brigitte Prévost-Guérin

BESOINS DU MILIEU

Dans les écoles secondaires, la population scolaire composée d'adolescents en pleine croissance requiert des services qu'on ne saurait négliger. A cette période de son développement, le jeune a besoin de contacts humains chaleureux, de soutien et, occasionnellement, d'une aide temporaire. La personne toute indiquée pour remplir cette tâche est le professeur qui est en contact quotidien avec ses élèves. Or, ce dernier se sent souvent inadapté et démuni face aux demandes plus ou moins voilées d'aide psychologique de la part de ses étudiants.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le présent programme a pour but de répondre à ce besoin des étudiants en formant des professeurs qui seront mieux préparés à venir en aide à leurs élèves. Ce programme doit pouvoir développer chez les participants les attitudes qui conduisent à une relation interpersonnelle aidante. L'objectif visé par cette formation,comp-

te tenu des ressources communautaires, est de produire dans le milieu des agents qui pourront assumer un rôle de soutien et d'aide temporaire auprès de certains étudiants en difficulté.

Nous voulons également, de cette façon, orienter nos interventions vers des services préventifs destinés à la clientèle des écoles secondaires; en effet, il est préférable d'aider immédiatement un étudiant en difficulté temporaire que d'attendre une détérioration trop grave du problème, faute de personnes-ressources adéquates.

CONTEXTE THEORIQUE

Selon l'approche phénoménologique et existentielle, "l'empathie", l'acceptation inconditionnelle, le respect, l'authenticité, la spécificité, l'immédiateté et la confrontation semblent des conditions essentielles à l'établissement d'une bonne relation humaine, où les gens apprennent à se connaître et à se comprendre réellement. Ces dimensions de la relation d'aide peuvent-elles s'apprendre? En d'autres termes, un non-professionnel, un profane en matière psychologique peut-il vraiment acquérir les conditions de base nécessaires à une relation d'aide efficace et devenir lui-même une personne ressource dans son milieu?

Carkhuff (1969, 1971) a démontré que le processus d'aide n'est pas le rôle exclusif du professionnel: en général, après une formation appropriée, des para-professionnels fonctionnent à un niveau de relations auxiliaires au moins aussi élevé que celui des stagiaires professionnels et engagent des clients dans un processus

de counselling de qualité aussi élevée que ces derniers. Carkhuff (1971) a également démontré entre autres, trois points importants:

1. les gens apprennent et appliquent ce pourquoi on les a formés; en d'autres termes, ils s'améliorent principalement sur ce qu'ils ont le plus pratiqué;

2. les attitudes fondamentales de la relation d'aide, apprises et appliquées durant l'heure de formation, se généralisent durant le reste de la journée, c'est-à-dire que les participants adoptent ces attitudes dans la vie de tous les jours;

3. les participants non seulement développent des habiletés mais de plus ils s'améliorent eux-mêmes dans leur personnalité.

DESCRIPTION DU PROGRAMME

Il s'agit d'un programme rigoureux et gradué de 30 heures, où les participants intègrent progressivement les différentes dimensions de la relation interpersonnelle efficace, soient celles citées plus haut: la compréhension empathique (capacité de se mettre dans "la peau de l'autre", le désir de comprendre le point de vue de l'autre, la façon dont l'autre perçoit et vit les événements, et la manière dont il réagit), l'acceptation inconditionnelle d'autrui (accepter l'autre tel qu'il est), le respect intégral de la personne, l'authenticité (concordance entre ce que l'autre sent, vit et exprime), la spécificité (s'exprimer sur des faits concrets et précis se rapportant à une expérience vécue), l'immédiateté (action de se concentrer sur ce qui se vit dans le présent, "ici et maintenant") et la confrontation (intervention dans le but de relever les divers aspects de l'expérience de l'autre

qui peuvent sembler à première vue incompatibles ou contradictoires,comme par exemple les contradictions entre ce que la personne est, croit être et dit être).

Le programme comporte toujours deux phases, à la fois théoriques et pratiques: d'abord de discrimination de chacune des attitudes efficaces, selon une échelle graduée en cinq points, et ensuite de communication de ces différentes dimensions. Chaque participant est placé dans une situation de relation d'aide en face des autres personnes et doit pratiquer successivement, tout au long des sessions, sur chacune de ces dimensions.

EVALUATION DU PROGRAMME

Grâce au test de communication de Carkhuff (1971) (voir annexe), imposé avant et après la session, et coté sur une échelle de cinq points, nous avons pu vérifier une amélioration significative de la capacité de relation interpersonnelle, dans l'aide fournie par les participants. De plus, nous avons observé chez plusieurs professeurs un changement d'attitude manifestement dû à une remise en question de leur schème de relation interpersonnelle. Ainsi, certaines prises de conscience ont été exprimées comme suit: "Je me suis rendu compte que lorsque je donnais un conseil, c'était l'offre de ma solution au problème d'un autre". "Quand je pose des questions, c'est pour m'éclairer; est-ce que ça aide vraiment l'autre?"

Nous avons constaté que pour favoriser la réussite du programme, il est préférable que l'animation soit faite par deux personnes, que le nombre de participants ne dépasse pas la vingtaine et que les sessions soient groupées de façon assez rappro-

chée plutôt que dispersées dans le temps. Nous avons jugé très utile de glisser à l'intérieur du programme certains exercices de croissance personnelle, préalablement à l'apprentissage des attitudes de base de la relation interpersonnelle. En dehors du milieu scolaire, des expériences ont été effectuées avec des couples, des parents, du personnel de milieu institutionnel (hôpitaux, prisons, etc.). Notons qu'après la formation exposée ci-haut, il est possible d'offrir un stage avancé de 30 heures supplémentaires, pour des personnes désireuses de se spécialiser davantage.

BIBLIOGRAPHIE

AUGER, Lucien, Communication et épanouissement personnel, Les éditions du CIM, Montréal - Québec, 1972.

CARKHUFF,R.R., Helping and Human Relations, a primer for lay and professional helpers, volumes 1 et 2, 1969.

CARKHUFF,R.R., The Development of Human Ressources, Education, Psychology and Social Change. Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York, 1971.

MUCHIELLI, Roger, L'entretien de face à face dans la relation d'aide, Les éditions E S F, 1972.

ROGERS, Carl. R., On becoming a Person, Sentry Edition, Houghton Mifflin Co.,Boston, 1961. (Traduit en français: Le développement de la personne).

ROGERS, Carl. R., Freedom to learn, Charles F. Merrill Publishing Co., 1969. Columbus, Ohio. (Traduit en français: Liberté pour apprendre).

ROGERS, Carl. R., La relation d'aide et la psychothérapie, Les Editions sociales françaises, Paris, 1970, tomes 1 et 2.

ROGERS, Carl. R. et KINGET, Miriam, Psychothérapie et relations humaines, (3e éd. revue et corrigée). Publications Universitaires; Béatrice Nouwelaerts. Paris, 1966, tomes 1 et 2.

PROJET D'INFORMATION ET D'EDUCATION SEXUELLE

REALISE A LA POLYVALENTE DE LEVIS

PROJET D'INFORMATION ET D'EDUCATION SEXUELLE REALISE A LA POLYVALENTE DE LEVIS

Raoul Vallières, m.s.s.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, l'éducation sexuelle à l'école est un sujet qui fait l'objet de beaucoup de discussions. Plusieurs expériences ont été réalisées, mais sous l'initiative isolée d'éducateurs qui croyaient essentiel d'aborder le sujet de la sexualité dans le cadre de l'éducation globale de l'étudiant. Les adolescents se posent beaucoup de questions par rapport à leur sexualité: qu'est-ce que je suis en tant que garçon ? en tant que fille? Comment ça fonctionne un garçon, une fille? Qu'est-ce qu'un moyen de planification de naissances? Qu'est-ce que les maladies vénériennes? De plus, plusieurs vivent déjà des expériences sexuelles.Devant ces faits, à la polyvalente de Lévis, nous (infirmière, animateur de pastorale, travailleur social)[1] avons réalisé un projet d'information et d'éducation sexuelle depuis 1973. Bien sûr, depuis trois ans, ce projet a évolué, a pris plus de

---

1 Jusqu'ici, le groupe qui a réalisé le programme était composé de Diane B. Turgeon, infirmière, de Denis Cadrin, animateur de pastorale et de Raoul Vallières, travailleur social.

consistance. Nous vous présentons dans ce texte le projet que nous avons concrétisé au cours de l'année scolaire 1975-1976.

En guise de préambule, nous aborderons la question de l'intérêt et de la participation du ministère des Affaires sociales et de certains autres organismes à l'égard de l'éducation sexuelle. Nous présenterons par la suite la définition et les objectifs de notre projet, sa description et l'évaluation que nous en avons faite. Nous terminerons en citant quelques références.

1. INTERET ET IMPLICATION DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE CERTAINS AUTRES ORGANISMES A L'EGARD DE L'EDUCATION SEXUELLE.

Devant le peu de connaissance en matière de planification des naissances, l'existence d'une plus grande permissivité sexuelle, le taux élevé des maladies vénériennes et le recours plus fréquent à l'avortement, le ministre des Affaires sociales d'alors, monsieur Claude Castonguay, annonçait en mai 1972 la politique que son ministère entendait développer dans le domaine du planning familial.

Dans le texte publié à ce sujet et intitulé "Orientation en matière de planification des naissances", on retrouve, entre autres recommandations, l'objectif suivant relativement à l'implantation de services de planification des naissances en milieu scolaire:

> "Dès septembre, dans le cadre de son programme de services de santé et de services sociaux en milieu scolaire, le ministère mettra sur pied des services d'information sur la planification des naissances dans les écoles secondaires, les cegeps et les universités, de façon

à rejoindre le plus rapidement possible les adolescents et les jeunes adultes".[2]

Par la suite, le ministère, en consultation avec les personnes impliquées, entre autres, les infirmières et les travailleurs sociaux du milieu scolaire, a élaboré un programme-cadre. Ce dernier étant essentiellement un programme d'information préventive au niveau des écoles secondaires, comportait certaines particularités:

- le programme aurait essentiellement un but d'information;
- les étudiants des cours terminaux composeraient la principale clientèle-cible;
- les personnes-ressources seraient les infirmières et les travailleurs sociaux;
- le programme comprendrait l'utilisation d'un diaporama intitulé "Sexe, nom masculin et féminin".

La responsabilité de l'application de ce programme appartenait aux centres de services sociaux en collaboration avec le département de santé communautaire des centres hospitaliers, par l'entremise des travailleurs sociaux et des infirmières du milieu scolaire. Ce programme ne fut pas réalisé dans toutes les écoles, soit par manque de personnel ou de ressources (manque de disponibilité du personnel), soit par manque d'intérêt ou de réceptivité des milieux scolaires. De plus,en 1974, les comités catholique et protestant du Conseil supérieur de l'éducation se montraient défavorables à l'utilisation du diaporama "Sexe, nom masculin et féminin", ce qui a amené le ministère de l'Education, au début de 1975, à prohiber l'utilisation de ce diaporama dans les écoles secondaires de la province. Cependant, quel-

---

2 Ministère des Affaires sociales, Orientation en matière de planification des naissances, Québec, 10 mai 1972, miméo, p. 2.

ques expériences furent quand même effectuées, dans certaines écoles, à partir du programme-cadre du ministère des Affaires sociales.

Pour nous, à la polyvalente de Lévis, ce programme-cadre fut un des instruments que nous avons utilisés pour structurer et réaliser nos projets depuis 1973. Dans le cadre de nos actions, en plus de l'information préventive, nous avons touché d'autres sujets, comme vous le verrez dans les pages qui suivent où nous exposons en détail le projet de l'année scolaire 1975-1976.

II. DEFINITION ET OBJECTIF

La sexualité est une partie importante de la vie de l'adolescent. L'information-éducation sexuelle à l'école doit s'intégrer dans une optique de développement global de l'adolescent et c'est dans cette perspective que nous avons conçu et réalisé notre projet. Les trois objectifs que nous avons poursuivis étaient:

- Permettre aux étudiants de s'informer sur l'anatomo-physiologie, les méthodes de planification des naissances, les maladies vénériennes;
- Permettre aux étudiants de prendre conscience de leurs attitudes et perceptions vis-à-vis la sexualité;
- Permettre aux étudiants d'approfondir certains thèmes se reliant à la sexualité.

III. SEXUALITE

1. Personnes ressources

Les personnes ressources mêlées au projet étaient des professionnels des services aux étudiants de la polyvalente de Lévis, soit l'infirmière,l'animateur de pastorale et le travailleur social. Ainsi, les dimensions médicale, morale et psychosociale de la sexualité ont pu être abordées. Nous pouvons soulinner cependant que nous avons participé au projet en tant qu'équipe et que chacun de nous s'est impliqué au niveau des trois dimensions. C'est un élément essentiel du travail avec les adolescents.

2. Démarches préalables

Avant de réaliser notre projet, nous avons dû faire un certain nombre de démarches. Les unes avaient un objectif de sensibilisation du milieu, tandis que d'autres étaient davantage reliées à la réalisation même du projet.

2.1 Démarches ayant comme objectif la sensibilisation du milieu.

2.1.1 Présentation et discussion du projet avec la direction de la commission régionale Louis-Fréchette.

2.1.2 Présentation et discussion du projet avec le comité d'école (parents) de la polyvalente de Lévis.

2.1.3 Présentation et discussion du projet avec les professeurs de

sciences religieuses de la polyvalente de Lévis.

En tant que membres des services aux étudiants, nous ne disposons pas de temps proprement dit dans l'horaire des étudiants pour les rencontrer. Si nous voulons réaliser des activités de groupe, il nous faut absolument la collaboration des professeurs. Nous avons donc rencontré les professeurs de sciences religieuses afin d'évaluer avec eux la possibilité d'utiliser certaines périodes de leurs cours pour réaliser nos rencontres. Ils étaient favorables à notre projet et ont accepté de nous "prêter" certaines périodes.

Nous avons choisi le cours de sciences religieuses pour réaliser notre projet parce que ce cours est différent des autres à la polyvalente. En effet, on y travaille beaucoup par discussion de groupe sur des sujets qui sont près du vécu des étudiants. Cette dimension était donc un élément favorable à la forme des rencontres que nous voulions réaliser avec les étudiants; un certain climat de groupe existait déjà.

2.2 Démarches reliées à la réalisation même du projet.

2.2.1 Obtention d'un local.

Nous avons réussi à obtenir dans l'école un local où nous pourrions faire toutes nos rencontres. Nous avons donc pu aménager cet endroit et y créer un milieu propice à nos rencontres.

2.2.2 Obtention du matériel audio-visuel.

Vu que notre projet comprenait l'utilisation de documents audio-visuels, il nous a fallu faire certaines démarches pour obtenir ce matériel et les appareils nous permettant de l'utiliser. Ces démarches furent faites auprès de la fédération du

Québec pour la planification des naissances, de John Wyeth & Brother Limited, de Adimec, et du technicien en audio-visuel de la polyvalente de Lévis.

2.2.3 Obtention de brochures.

Nous avons fait des demandes et obtenu des brochures de Serena Canada, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et du Service de santé de l'université du Québec à Montréal. Nous avons distribué ces brochures aux étudiants lors de nos rencontres.

2.2.4 Expérimentation de l'impact du diaporama "Judith et Pierre" auprès d'un petit groupe d'étudiants.

Dans notre projet, nous prévoyions utiliser le diaporama "Judith et Pierre" produit par Adimec pour la fédération du Québec pour la planification des naissances. Cependant avant de l'utiliser, nous avons voulu en connaître la valeur auprès des étudiants eux-mêmes. Nous l'avons donc expérimenté auprès d'un groupe d'une dizaine d'étudiants. Par suite des réactions positives, nous nous en sommes servis pour nos rencontres.

2.2.5 Rencontre avec le médecin de la clinique de planning du centre hospitalier de Lévis.

Cette rencontre avait pour but de nous mettre à jour dans nos connaissances avant de commencer nos sessions avec les étudiants.

3. Population rejointe et ses caractéristiques.

Par notre projet, nous avons rejoint environ 450 étudiants du secondaire V,donc

âgés d'environ 17 ans. La proportion garçons-filles fut équivalente. Nous avons rencontré ces étudiants par groupe d'environ 30 à l'intérieur des cours de sciences religieuses; donc, il s'agissait de groupes-classes, déjà formés. La plupart des groupes étaient mixtes. Environ 60% terminaient leurs études secondaires pour s'inscrire ensuite au cegep et 40% se dirigeaient vers le marché du travail après avoir terminé un cours professionnel (menuiserie, mécanique, coiffure, etc.). Ces étudiants provenaient de la région de Lévis et de paroisses environnantes.

4. Méthodes pédagogiques.

4.1 Deux rencontres.

Afin de pouvoir approfondir le plus possible les thèmes abordés, nous avons rencontré chaque groupe à deux reprises. Chaque rencontre durait environ 110 minutes et les deux avaient lieu à une semaine et demie d'intervalle.

4.2 Petits groupes et plénière.

La participation et l'implication des étudiants étaient des préoccupations très sérieuses pour nous. Les groupes étaient composés d'un grand nombre d'étudiants (environ 30) et nous étions trois animateurs. Alors, à chaque rencontre, chaque animateur travaillait avec un groupe d'environ 10 étudiants durant 30 à 40 minutes. Par la suite, tout le monde revenait en plénière pour approfondir les points qui étaient apparus les plus importants au niveau de chacun des petits groupes.

4.3 Documents audio-visuels.

A chaque rencontre, il y avait utilisation de documents audio-visuels, soit comme introduction ou comme conclusion de la discussion.

5. Description des thèmes abordés et des modalités particulières à chaque rencontre.

5.1 Première rencontre.

5.1.1 Thèmes abordés.

- Anatomo-physiologie.
- Méthodes de planification des naissances.
- Maladies vénériennes.

5.1.2 Modalités.

- Introduction par les animateurs.
- Petits groupes.

Chaque petit groupe travaillait à partir de questions précises en compagnie d'un animateur. Nous avions trois séries de questions et chaque groupe avait la sienne propre série (Annexe I).Les objectifs de ce travail étaient de:

. Constater l'état des connaissances,

. Susciter de l'intérêt,

. Préparer à demander et recevoir l'information en plénière.

- Plénière.

Information et discussion à partir du travail en petits groupes.

- Présentation du film (dessin animé) "Happy Family Planning".

Ce film est un dessin animé produit par Planned Parenhood Federation of America et distribué par Wyeth John & Brother. Il décrit la situation d'un jeune couple consultant des amis et un médecin sur les différentes méthodes

de planification des naissances.

- Conclusion.

A la fin de cette première rencontre, nous avons donné trois brochures aux étudiants qui les désiraient:

. Fécondité et régulation des naissances,
publié par Serena Canada. Cette revue traite principalement de l'anatomo-physiologie et des méthodes de planification des naissances.

. Le mal vénérien,
publié par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Cette brochure traite des maladies vénériennes.

. Et si c'était un examen comme les autres,
publié par le service de santé de l'université du Québec à Montréal. Cette brochure traite de l'examen gynécologique et urogénital.

Egalement,lors de la plénière,nous avons utilisé la trousse de produits contraceptifs Ortho, pour illustrer certaines méthodes de planification des naissances, comme les pilules anticonceptionnelles, le stérilet, les mousses contraceptives, le condom, etc.

5.2 Deuxième rencontre.

5.2.1 Thèmes abordés.

- Relations et rencontres garçons-filles.
- Couple.

- Relations sexuelles.
- Responsabilité
    - . vis-à-vis la sexualité,
    - . vis-à-vis la planification des naissances.
- Relations parents-adolescents quant à la sexualité.

5.2.2 Modalités.

- Introduction par les animateurs.
- Présentation du diaporama "Judith et Pierre".

  Ce diaporama présente la relation que vivent un adolescent et une adolescente de 17 ans. Il vise à confronter le vécu et l'imaginaire sexuel des jeunes, pour en arriver à une meilleure communication entre les adolescents de sexe différent.
- Petits groupes.

  Chaque petit groupe travaillait à partir d'une situation en compagnie d'un animateur. Nous avions trois situations tirées du diaporama "Judith et Pierre" et chaque petit groupe avait la sienne (Annexe II).

Les objectifs de ce travail étaient de:

- . se sensibiliser à certaines attitudes et perceptions à partir de situations concrètes;
- . préparer le développement de thèmes particuliers en plénière.

Plénière.

Discussion sur les attitudes et perceptions à partir du diaporama et du travail en petits groupes.

. Conclusion.

IV. EVALUATION

Après avoir terminé nos sessions, nous avons fait une évaluation auprès des étudiants. Par cette évaluation, notre but n'était pas de vérifier les connaissances acquises par les étudiants, ni les changements d'attitudes que les rencontres avaient pu provoquer. Nous voulions simplement connaître les sentiments des étudiants après les rencontres qu'ils venaient de vivre et également leur perception de différentes modalités pour de futures sessions sur l'information-éducation sexuelle à l'école.

Nous avons construit un questionnaire (Annexe III) auquel ont répondu 95 étudiants. Nous avons complété notre évaluation par une réunion avec une dizaine d'étudiants ayant participé aux sessions. Vous trouverez en annexe IV les résultats détaillés de cette évaluation. De façon globale, nous avons constaté que les étudiants avaient apprécié les deux rencontres, prenant plus d'intérêt à la seconde. Ils ont cependant considéré la première comme plus profitable. Ils ont également apprécié la forme d'animation. De plus,une proportion assez importante d'étudiants (40 %) ont mentionné qu'ils auraient aimé approfondir davantage certains points comme les relations garçons-filles, l'opinion des filles sur les garçons ou vice-versa, les maladies vénériennes, etc.

Quant à leurs suggestions pour de futures sessions, trois commentaires ont particulièrement retenu notre attention:

- Les groupes, lors des rencontres, devraient être plus petits, afin de faciliter la communication et l'échange, et de permettre vraiment à chacun de participer.

- Les rencontres devraient être plus nombreuses et s'échelonner sur une certaine période de l'année, afin de permettre un meilleur approfondissement et d'établir une continuité dans la réflexion des étudiants.

- Il devrait y avoir une plus grande implication des étudiants dans la préparation et le déroulement des rencontres (travail personnel,jeu d'acteur, etc.).

Pour nous, les animateurs, notre évaluation comporte certaines réserves. Nous croyons que les rencontres ont été très positives, en ce sens qu'elles ont permis aux étudiants de discuter librement de sexualité,de connaître l'opinion des autres, et ainsi elles leur ont donné l'occasion de mieux comprendre leur propre sexualité. Cependant, notre principale réaction se rapporte à chacune des deux rencontres.

Nous croyons que le déroulement et le contenu de la première rencontre ont permis aux étudiants d'acquérir une bonne connaissance de l'anatomo-physiologie, des méthodes de planification des naissances et des maladies vénériennes, ou du moins améliorer leur connaissance. Il serait quand même préférable de pouvoir approfondir davantage.

Dans la deuxième rencontre, nous croyons avoir plus ou moins atteint nos objectifs même si, d'après l'évaluation des étudiants, cette rencontre fut appréciée. Les groupes étaient composés d'un trop grand nombre d'étudiants et le temps consacré (une rencontre de 110 minutes) à aborder des thèmes qui touchaient de très près le vécu de chaque étudiant était trop court et trop concentré. Ainsi une discus-

sion valable devenait difficile et l'implication de chacun des étudiants était pratiquement impossible.

V. POURSUITE DU PROJET

L'expérience dont nous venons de parler nous a amenés à une redéfinition du projet ou, si l'on veut, à une division des objectifs d'information et d'éducation. Théoriquement, nous devrions faire beaucoup plus, mais la réalité impose des limites importantes, comme le grand nombre d'étudiants, des ressources insuffisantes en personnel, un programme scolaire déjà exigeant, ce qui ne nous laissait que quelques brèves heures en compagnie de chaque groupe d'étudiants.

Par la suite, l'objectif d'information a continué à être centré sur tous les étudiants du secondaire V. L'anatomo-physiologie, les méthodes de planning et les maladies transmises sexuellement constituaient les trois thèmes principaux; on disposait pour chaque thème d'une période de 55 minutes. Comme technique de rencontre, chaque classe était divisée en trois parties par les animateurs identifiés précédemment, et on tâchait de faire une utilisation maximale de chaque petit groupe pour la durée de la période.

L'objectif d'éducation fut alors poursuivi par la mise sur pied de groupes restreints; ceux-ci se composaient d'étudiants du secondaire V et incluaient de 10 à 12 participants, garçons et filles. Le programme comprenait 10 rencontres d'environ une heure et demie chacune. Ce service était offert lors des rencontres d'information, et nous en précisions les buts suivants: Comment me mieux connaître?

Comment mieux connaître les autres? Comment mieux me comporter dans mes relations avec les autres? Ces rencontres, s'apparentant au cours de croissance personnelle, suscitaient souvent des discussions sur certains thèmes relatifs à la sexualité et elles se déroulaient en général d'après le processus suivant:

1) mise en situation: exercices verbaux ou non-verbaux, apport des membres;

2) par cette "provocation", mise en lumière du vécu ici et maintenant, au niveau des individus et du groupe;

3) verbalisation du vécu par les membres;

4) encouragement du "feedback" entre les membres et de l'expression de l'apprentissage réalisé.

Il est certain que cette dernière méthode a permis un meilleur approfondissement du sujet et une plus grande implication des étudiants, à cause du groupe restreint, de la participation volontaire des membres et du temps plus important consacré à l'expérience.

CONCLUSION: Observations sur l'éducation sexuelle au secondaire.

Nous avons présenté dans les pages précédentes le projet d'information et d'éducation sexuelle que nous avons réalisé à la polyvalente de Lévis, en décrivant les différentes étapes amenant sa concrétisation, ainsi que les modalités de sa réalisation. Nous sommes aussi très conscients des limites de notre travail, limites qui s'expliquent par les facteurs suivants:

- l'absence d'un programme d'ensemble d'éducation sexuelle au secondaire (il est à noter que la situation actuelle nous oblige à privilégier les étudiants quittant le secondaire; la priorité va au secondaire professionnel, dont la clientèle quitte l'école pour le marché du travail)·

- les réalisations actuelles sont restreintes et survivent grâce à des initiatives isolées de professionnels convaincus de cette cause;

- les ressources en personnel, surtout pour du travail préventif, sont limitées et peuvent donc y consacrer peu de temps;

- l'acceptation par les parents de l'éducation sexuelle à l'école, comme un élément valable et profitable, constitue un processus long et laborieux.

En même temps, l'énumération de ces facteurs nous permet d'identifier plusieurs tâches des professionnels préoccupés par cette question. Comme conclusion, nous identifierons ici ces principales tâches qui, nous le souhaitons, s'accompliront bientôt et s'étendront à plusieurs milieux.

D'abord, il y a lieu d'élaborer les principes directeurs d'un programme d'éducation sexuelle, intégré à la formation globale, et s'échelonnant tout au long du secondaire. Un tel point de vue aurait l'avantage de se placer dans une perspective évolutive, dans laquelle le développement de l'adolescent serait respecté. Ainsi, l'anatomo-physiologie, l'éveil sexuel, la contraception et les relations entre garçons et filles ne sont pas des sujets à traiter nécessairement au même âge.

En deuxième lieu, une telle formation globale nécessite une collaboration des différents agents impliqués: administrateurs, professeurs, parents et étudiants; évidemment, cette collaboration s'appuiera sur une connaissance des particularités

du milieu pour lequel nous offrons un tel programme.

Un mot enfin sur les exigences d'un tel travail pour les animateurs en éducation sexuelle. Si vous en prenez l'initiative, vous rencontrerez des adhésions comme des résistances de la part des groupes impliqués; inviter des adolescents à réfléchir sur de tels thèmes suppose un examen de leurs propres valeurs en matière de sexualité; vous vous trouverez devant des demandes d'information dont vous ne connaîtrez pas les réponses; mais le jeu en vaut la peine,pour celui qui est convaincu du bien-fondé d'une approche préventive et qui désire suivre les adolescents dans leur évolution, avec les hauts et les bas d'une telle expérience.

Quelques références.

1. Documents pour les étudiants.

1.1 Textes et brochures.

. CARREAU, Suzanne P., Fécondité et régulation des naissances, Serena Canada, Ottawa, 1975.

. FORTIN, Ghislain, LEFEBVRE, Rina, DENNANCOURT, Roger, Et si c'était un examen comme les autres, Service de santé de l'université du Québec à Montréal, Montréal.

. Le mal vénérien, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

. Fécondité et planification, Ministère de la Santé nationale et du bien-être social, Ottawa.

. PICKERING, Norma J., et JOHNSTON, Edward E., Sans détour, Traduit par Basile Bergeron, Brown & Martin Ltd, Kingston, 1973.

1.2 Volume.

. LAUZON, Richard et LAUZON, Suzanne B., C'est bon la sexualité, Guérin Editeur Limitée, Montréal, 1975, 288 pages.

2. Documents pour les animateurs

2.1 Textes.

. BEAULIEU, Michel, Le couple en morceaux, dans Maclean, Vol. 16, no 2, février 1976, 4 pages.

. GOURGUES, Jules-Henri, Le "bag" des jeunes à l'égard de la planification des naissances et de la sexualité, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1973, 12 pages.

. LARIVIERE, Hélène, L'amour 1976, dans Maclean, Vol. 16, no 2, février 1976, 5 pages.

. PINARD, Daniel, Le sexe chromé, dans Maclean, Vol. 16, no 2, février 1976, 5 pages.

. Centre de services sociaux Richelieu, Guide d'application du programme d'information préventive en milieu scolaire sur la sexualité, Longueil, 1977 (2 documents).

. VILLEDIEU, Yannick, Sexualité: Plaidoyer pour les jeunes, Québec-Sciences, mai 1975, 7 pages.

2.2 Volumes.

. BROWER, Burt et GAUTHIER, Cardyn, Education sexuelle: concepts et plan de cours, Editions HRW, Montréal - Toronto, 1973.

. RIOUX, Jacques, éd., Manuel pratique sur la reproduction, Presses de l'Université Laval, Québec 1973, 329 pages.

. SPAIN, Renée, Cahier d'activités structurées pour l'animation, groupes en sexualité, Bureau de consultation jeunesse Inc., Montréal 1975.

3. Documents audio-visuels.

. Film (dessin animé) "Happy Family Planning", 16 mm. silencieux,couleur, 10 minutes, produit par Planned Parenhood Federation of America, 1969, et distribué par Wyeth John & Brother, Montréal.

. Film (dessin animé) "Plan d'attaque des maladies vénériennes", 16 mm, sonore, couleur, 16 minutes, produit par Walt Disney, 1973, et distribué par Magic Lantern, Toronto.

. Diaporama "Judith et Pierre", diapositives, bande sonore synchronisée, couleur, 15 minutes, produit par Adimec pour la Fédération du Québec pour la planification des naissances, 1975, et distribué par Adimec, Montréal.

. Diaporama "On n'est plus des enfants", diapositives, bande sonore syn-

chronisée, couleur, 25 minutes, produit par l'Office du film du Québec, 1975.

. Diaporama "Sexe, nom masculin et féminin", diapositives, bande sonore synchronisée, couleur, 21 minutes, produit par l'Office du film du Québec, 1973.

4. Matériel didactique.

. Modèle pelvien Ortho.
. Série de planches anatomiques.
  . Appareil génital de l'homme
  . Appareil génital de la femme
  . La fécondation
  . Le développement de l'embryon et du foetus
  . L'accouchement
. Trousse de produits contraceptifs Ortho.

5. Ressources pour la région de Québec.

. Service de consultation psycho-sociale, ministère des Affaires sociales du Québec.

. Association pour la planification des naissances de la région de Québec.

. Centre de services sociaux de Québec.

- Départements de santé communautaire des différents centres hospitaliers.

- Clinique de planning familial du centre hospitalier l'Hôtel-Dieu de Lévis et du centre hospitalier de l'université Laval.

- Clinique anti-vénérienne du centre hospitalier l'Hôtel-Dieu de Québec et du centre hospitalier l'Enfant-Jésus de Québec.

- Services aux étudiants des différentes commissions scolaires régionales.

LA PREVENTION EN SANTE MENTALE

GROUPE DE CROISSANCE PEPSONNELLE

LA PREVENTION EN SANTE MENTALE
GROUPE DE CROISSANCE PERSONNELLE

Benoît Bélanger

I - BREF ENONCE DU PROGRAMME

A notre avis, une organisation psychiatrique complète doit faire plus que de prendre en charge le traitement curatif. Elle doit aussi consacrer une partie de ses énergies à la prévention. C'est dans cette optique que nous avons mis sur pied un groupe de croissance personnelle dans une institution collégiale de Saint-Georges.

Il s'agit en fait d'un nombre restreint d'étudiants (environ dix) qui se réunissent hebdomadairement pour s'adonner en groupe à différents exercices susceptibles d'amener chez les participants une plus grande conscience et une meilleure utilisation de leurs ressources personnelles. Le groupe devient un milieu privilégié et permissif, où le participant peut mettre à l'essai des comportements nouveaux qu'il pourra insérer dans son répertoire personnel. Deux moniteurs animent les séances. Le programme est structuré en fonction des émotions que les exercices font habituellement surgir et du niveau d'engagement personnel des participants qui va en croissant d'une séance à l'autre. Cette formule se veut préventive puisqu'elle s'adresse à une clientèle relativement saine qu'elle rejoint dans son milieu naturel. Elle nous semble répondre à plusieurs besoins de la population collégiale, en

utilisant une approche développementaire plutôt que pathologique.

II - DEFINITION ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

Malgré les progrès réalisés par la société à l'égard de ses préjugés psychiatriques, il demeure que beaucoup d'individus ont encore de fortes réticences à recourir aux services psychiatriques. Souvent, ces personnes chercheront ailleurs d'autres formes d'aide pour faire face à leurs problèmes d'adaptation ou à leurs difficultés existentielles. Une présentation "dépsychiatrisée" de l'aide psychologique semble rejoindre plus facilement cette catégorie d'individus. Ainsi, pour prendre l'exemple de notre ville, les cours de personnalité offerts à la population dans les journaux locaux constituent pour plusieurs une occasion d'aborder et de traiter leurs problèmes personnels. Ces mêmes individus n'iront jamais jusqu'à consulter un professionnel de l'aide à moins qu'une grave détérioration de leur état ne survienne.

Cette hésitation à faire appel à l'aide psychologique se retrouve de la même façon dans les milieux d'éducation, qui disposent pourtant de certains services professionnels à l'intérieur même de leurs cadres. Conséquemment, il devient difficile de mettre sur pied des programmes qui permettraient à la clientèle étudiante de bénéficier d'une aide précoce au point de vue psychologique. Une façon d'aborder cette difficulté est de resituer l'aide psychologique dans une approche développementaire. Il n'est pas nécessaire d'être sérieusement handicapé dans son fonctionnement pour intervenir dans son propre développement. Il est utile de connaître et d'apprécier les zones conflictuelles de sa personnalité, non seulement

pour y pallier mais aussi pour orienter ses recherches vers une utilisation plus complète de ses ressources personnelles. Cette approche, qui n'est pas d'abord centrée sur les déficiences mais sur la croissance personnelle, anime tout un nouveau courant de pensée qui se répand de plus en plus depuis une dizaine d'années. Au Québec, l'Institut de formation par le groupe, en introduisant les groupes de sensibilisation et les groupes de croissance personnelle, a été l'un des précurseurs de cette approche psychologique. C'est aussi dans ce cadre que s'inscrit le programme que nous avons proposé au séminaire de Saint-Georges.

III - DESCRIPTION DU PROGRAMME

Cette idée d'organiser un groupe de croissance personnelle dans une institution scolaire nous est venue dans l'exercice même de nos fonctions de thérapeute au Centre de jour de psychiatrie. Il nous a semblé que les expériences dont notre clientèle névrotique bénéficiait pourraient aussi profiter à une clientèle dite normale, en prévenant chez elle le développement d'attitudes malsaines. En mai 1975, nous avons donc présenté notre projet aux autorités du séminaire de Saint-Georges qui se sont montrées réceptives à notre approche. A la rentrée de septembre 1975, nous rencontrions l'assemblée étudiante pour exposer brièvement le projet et convoquer les intéressés à une réunion d'information. Une vingtaine de candidats se présentèrent.

Afin d'avoir une idée de leur dynamique psychologique, nous leur avons demandé de répondre par écrit à deux questions: 1. - Pourquoi êtes-vous intéressé à faire partie du groupe de croissance? 2. - Quels aspects de votre personnalité ai-

meriez-vous modifier ou développer? A partir des textes reçus, nous avons voulu effectuer une certaine sélection, c'est-à-dire veiller à ce que les participants ne présentent pas de perturbations graves. Cette précaution nous semblait importante, puisque nos réunions hebdomadaires n'avaient pas la prétention de suppléer au traitement clinique de perturbations sérieuses. Nous n'avons pas eu cependant à refuser quiconque pour ce motif.

D'autre part, cette exigence de répondre par écrit à ces questions, en plus de nous renseigner sur la motivation personnelle des uns, était de nature à décourager ceux qui n'étaient pas vraiment intéressés à faire partie du groupe. En général, les réponses obtenues furent très "livresques" et plutôt idéalistes mais comportaient certaines constantes: augmenter ma confiance en moi, me connaître mieux, apprendre à mieux utiliser mes ressources, réussir à être plus à l'aise en groupe. Dans deux cas seulement, les réponses écrites nous ont semblé obscures, et les étudiants concernés ont été invités à une entrevue qui nous a permis de vérifier leur motivation et de les admettre dans le groupe.

A la suite de cette démarche, 11 étudiants (4 filles et 7 garçons) âgés de 17 à 22 ans ont accepté de consacrer 15 lundis soirs à nos séances hebdomadaires d'environ 3 heures. La proportion plus élevée de garçons et la différence d'âge n'ont pas semblé être un handicap. La plupart des participants poursuivaient des études en sciences humaines, mais appartenaient à des groupes différents et ne se connaissaient pas ou très peu au début de l'année scolaire. Ils n'avaient rien à débourser pour prendre part à nos activités et ne recevaient aucun crédit scolaire pour ces réunions qui se tenaient en dehors des heures de cours. C'est donc dire qu'ils participaient sur une base entièrement volontaire, et c'est là à notre avis une condition qui a favorisé le succès du programme.

Pour nous réunir, nous avions à notre disposition une salle de cours qui répondait à nos exigences minimales quant aux caractéristiques qu'elle présentait: salle de dimensions restreintes, située dans une partie tranquille de l'édifice, possédant un tapis mur à mur et des chaises amovibles. Ces deux dernières caractéristiques permettaient aux participants de s'asseoir par terre,de sorte qu'ils pouvaient être plus près les uns des autres et se déplacer à leur gré.Pour l'année qui vient, nous nous proposons d'améliorer les conditions physiques de la salle en ajoutant des coussins et un éclairage tamisé.

Les responsables du programme étaient deux membres du personnel régulier du Centre de jour de psychiatrie de l'hôpital local: un psychologue qui agissait comme animateur principal et une infirmière qui était son assistante. La prise en charge du groupe de croissance faisait partie de leur semaine régulière de travail, de sorte qu'aucune rémunération supplémentaire n'était requise par le programme. Tous deux étaient entraînés au travail de groupe et avaient participé personnellement à la plupart des exercices qu'ils allaient proposer au groupe.

Dans le choix des exercices, nous tenions à respecter le rythme d'évolution des participants, de sorte que la planification de chaque séance se faisait à partir de la séance précédente. D'autre part, le groupe lui-même jouait un rôle dans le processus de prise de décision, en suggérant des exercices ou en demandant qu'une expérience déjà vécue fût approfondie. Cette formule s'est révélée très utile car elle nous garantissait un bon niveau de motivation. Quant aux animateurs, leurs fonctions consistaient en un premier temps à proposer les mises en situation, diriger les exercices, favoriser les interactions et veiller à ce que les participants demeurent continuellement en contact avec l'expérience en cours. Dans un second temps, ils pouvaient donner leur "feedback" personnel sur le processus en cours et

offrir enfin des éléments théoriques permettant au groupe de reporter au niveau cognitif ce qu'il venait de vivre.

La théorie à laquelle nous nous référons dans les séances du groupe de croissance personnelle comme dans toutes les activités du Centre de jour est surtout celle de la Gestalt. Notre formule semble rejoindre aussi l'approche que l'I.F.G.(L'Institut de formation par le groupe de Montréal) utilise et nous livre dans une de ses publications. "Cette conception de la personne débouche sur une approche de changement personnel, qui peut se formuler ainsi: permettre à la personne de s'attacher à son expérience et de demeurer en contact avec elle (le reste devant se faire par lui-même)[1]".

Brièvement, afin de renseigner le lecteur, nous mentionnons ici quelques principes de la thérapie de la Gestalt que nous appliquions dans le groupe de croissance. Nous suggérons cependant aux intéressés de consulter à ce sujet les ouvrages proposés dans notre bibliographie.

Principes essentiels de la Thérapie de la Gestalt

1 - Principe de responsabilité

L'individu est responsable de lui-même et seulement de lui-même. ("responsability": "response ability": aptitude à répondre: j'ai tout ce qu'il faut en moi pour prendre en main mon développement personnel).

2 - Principe de l'expérience

Pour aider quelqu'un, il n'est pas suffisant de l'écouter parler de son problème. Il vaut mieux le confronter à l'expérience en lui faisant vivre son problème jusqu'à l'impasse. Arrivé à ce point, il sera obligé de faire appel à ses propres ressources.

3 - Principe de l'ici et maintenant "Here and Now"

Tout le matériel nécessaire pour faire progresser la personne se retrouve dans

---

1 Groupe et croissance personnelle, p. 27.

la situation actuelle: conflits non résolus ramenés dans le présent, sentiments actuels, réactions du thérapeute et du groupe, signes verbaux et non verbaux.

Les valeurs privilégiées par ce type d'expérience sont l'intimité des relations, l'authenticité, la conscience de son propre vécu, le "feedback" descriptif et non critique, la permissivité, l'expression complète de soi, etc. Les exercices que nous avons utilisés se retrouvent dans les ouvrages cités dans notre bibliographie. Nous croyons cependant que l'accent ne doit pas être mis sur l'aspect technique et qu'il est important pour les animateurs d'avoir eux-mêmes participé à des exercices similaires à ceux qu'ils proposent aux participants. Nous avons donc modifié beaucoup d'exercices au cours de l'expérience et il nous est apparu important de les adapter aux besoins du groupe. Nous sommes actuellement à rédiger un cahier dans lequel nous décrirons ces exercices et les modifications qui peuvent y être faites.

Toutefois, afin de donner une idée plus précise du déroulement d'une rencontre, nous vous présentons ici l'exemple d'une séance-type.

EXERCICE	BUT
1. - <u>Respiration</u>	
En station debout, chacun des participants exécute de brefs exercices de respiration.	Oxygéner l'organisme et devenir plus conscient des sensations corporelles.
2. - <u>Expression des sensations corporelles et des sentiments éprouvés</u>.	
Après quelques secondes réservées à l'introspection, l'animateur principal (que nous appellerons individu A) dési-	Permettre à l'individu de prendre conscience de ce qu'il ressent et d'avoir une idée du climat dans le-

EXERCICE	BUT
gne au hasard un individu B qui décrit comment il se sent en concentrant son attention sur les diverses sensations qu'il identifie dans son corps. Le rôle de l'individu A est alors d'observer le comportement de l'individu B qui s'exprime, pour le lui rapporter par la suite. Il doit cependant se limiter à ce qui est apparent et éviter toute interprétation du comportement. La même démarche est répétée, alors que l'individu B désigne un individu C, étant maintenant l'observateur et C l'observé. Le processus se poursuit ainsi jusqu'à ce que tous les participants aient été désignés tour à tour.	quel le groupe se trouve.
3. - <u>Situations à compléter</u> L'animateur invite tous les participants à aborder entre eux, s'il y a lieu, les situations non terminées. A mesure qu'ils se sentent prêts, les participants profitent de ce moment	Permettre à chacun des participants d'exprimer ce qui aurait pu l'empêcher d'être pleinement disponible à ce qui va suivre.

pour "boucler les gestalts", c'est-à-dire mettre au clair toute situation qu'ils vivent présentement dans le groupe.

4. - Exercices

Selon le contenu des expériences projetées et le degré d'implication des participants, le nombre d'exercices peut varier de un à trois par rencontre.

Donner l'occasion au participant de mobiliser ses ressources et de faire l'expérience de nouveaux comportements en utilisant la situation de groupe comme laboratoire.

A titre d'exemple, voici un exercice effectué lors de la quatrième rencontre et intitulé "Le bombardement des forces". Le but de cet exercice est d'apprendre à se juger positivement et d'augmenter l'estime de soi. Avec exemples à l'appui, l'animateur explique au groupe qu'en général les gens éprouvent une certaine gêne à verbaliser aux autres les aspects positifs de leur personnalité. Il suggère qu'à tour de rôle, ceux qui le désirent viennent au centre du groupe pour affirmer leurs "forces personnelles". La consigne est donnée que le volontaire ne retire pas ce qu'il a dit en employant des "si", des "mais" et des "à condition que" qui annulent ainsi l'énoncé ou en atténuent la force d'affirmation. Lorsqu'il a terminé, le sujet demeure au centre du groupe pour écouter les autres confirmer ses assertions ou ajouter d'autres aspects positifs. L'animateur insiste aussi pour que tout ce qui est dit soit sincère.

Lorsque tous les volontaires se sont exécutés, les membres sont invités à donner leurs commentaires et leurs réactions personnelles.

EXERCICE	BUT
5. - Expression des sensations corporelles et des sentiments éprouvés (voir démarche no 2).	Permettre à l'individu de prendre conscience des changements qui s'o-

EXERCICE	BUT
	pèrent chez lui à la suite des événements.
6. - Situations à compléter (voir démarche no 3).	Avant de quitter le groupe, permettre aux participants de compléter les situations qui ne l'étaient pas encore à ce stade-ci. Cette dernière démarche constitue la conclusion de la rencontre.

IV - EVALUATION DU PROGRAMME

Dans la mesure où il s'agit de prévention primaire, il est très difficile de mesurer concrètement la valeur de notre programme qui a pris fin cette année en avril. Il est tout de même intéressant d'évaluer l'expérience selon trois critères subjectifs: les commentaires des étudiants au terme de l'année, les résultats obtenus par les participants lors d'une épreuve d'actualisation qui a été imposée au début et à la fin du programme, et, enfin, les commentaires des moniteurs. Des commentaires des participants, nous notons que plus ils ont fait preuve d'engagement émotif, plus ils ont retiré de bénéfices sensibles de leur expérience de groupe. Ceux qui ont manifesté les changements les plus importants ont aussi été

ceux qui se sont le plus impliqués auprès du groupe.

Pour au moins quatre étudiants, le groupe de croissance a été l'occasion d'un déblocage affectif très évident et d'une prise en charge plus autonome de leur développement. Au fil des rencontres, nous avons pu observer chez eux des changements graduels dans leur mode de participation. Ils ont commencé à aborder les exercices de façon moins rationnelle et plus émotive; ils ont cessé de combler automatiquement les silences; leurs expressions sont devenues avant tout centrées sur les sentiments. En se servant du groupe et des exercices, ils ont pu faire l'expérience d'un mode de relations plus intime et plus intense. Même à l'extérieur des rencontres, ils pouvaient davantage se révéler et s'affirmer.

Pour d'autres étudiants, l'expérience peut se résumer en une prise de conscience de leurs ressources et de leurs faiblesses sans toutefois que le tout débouche sur un changement immédiat. Ils ont réalisé que dans un milieu privilégié et permissif, ils étaient capables d'authenticité, d'être à l'écoute d'eux-mêmes, de supporter l'anxiété et même de l'utiliser positivement. Ils ont aussi pris conscience de certains aspects plus négatifs, tels que les manque d'engagement dans leurs relations interpersonnelles, leur désir de plaire avant tout et de demeurer fidèle à une image d'eux-mêmes.

Au début et à la fin du programme, nous nous sommes servi d'un instrument de mesure plus objectif, le P.O.I. (Personal Orientation Inventory) d'E. Shostrom, pour évaluer le niveau d'actualisation des participants. Nous avons ensuite comparé les résultats obtenus par les participants lors des deux évaluations (15 réunions du groupe avaient eu lieu entre les deux mesures). Cette comparaison pourrait nous renseigner sur l'effet d'un tel programme sur l'actualisation d'un groupe d'étudiants. Bien que l'étude n'ait aucune valeur expérimentale (aucun test statisti-

que n'a été effectué et il n'y avait pas de groupe témoin), il est quand même intéressant de mentionner ici la tendance observée. D'une part, tous les sujets qui, lors de la première évaluation, présentaient un profil considéré par l'auteur du test comme caractéristique des gens actualisés, présentaient un profil similaire lors de la seconde. D'autre part, chez tous les autres sujets, le profil présenté lors de la seconde passation était supérieur à celui qu'il présentait lors de la première passation. Il semble donc que le groupe de croissance exerce un effet positif sur le développement des participants. Il sera intéressant de vérifier cette tendance par une recherche expérimentale que nous nous proposons de mener avec notre prochain groupe.

Les commentaires des deux animateurs vont dans le même sens. En effet, nous croyons que l'expérience a été bénéfique pour la totalité des participants. A un âge où les crises de développement sont les plus fréquentes, une telle expérience nous apparaît comme très utile pour centrer ses énergies vers une prise en charge personnelle des difficultés d'adaptation. Notre formule présentait à notre avis certains avantages quant à la répartition des séances dans le temps et le lieu de nos réunions. Le rythme d'une séance hebdomadaire pendant quelques mois permet aux participants de bien intégrer leurs prises de conscience et d'appliquer graduellement à leur vie quotidienne leurs nouvelles attitudes. De même, en réunissant les étudiants dans un endroit autre que les locaux d'une clinique externe, nous croyons qu'il est plus facile de les rejoindre dans leurs préoccupations quotidiennes et de "dépsychiatriser" notre programme.

Bien que cette expérience ait été notre première avec une clientèle dite saine, nous croyons fermement qu'elle doit être répétée à une plus grande échelle et que son action préventive est très valable. "Therapy is too good to be limited to the

sick".[1] Nous partageons cette attitude d'Erving et Miriam Polster, psychothérapeutes bien connus de la Gestalt, et c'est dans ce même esprit que nous avons animé le groupe de croissance personnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Sur les exercices utilisés dans notre programme.

GUNTHER, B., La Relaxation Sensorielle, Les Editions de l'Homme, Ottawa, 1972.

ROSENFELD, E., Le Livre des Extases, La Presse, Montréal, 1974.

SAINT-YVES, A., Relations Humaines et Dynamique de Groupe, Editions du Renouveau Pédagogique Inc., Montréal, 1971.

STEVENS, J.O., Awareness, Bantam Book, New York, 1971.

Sur la thérapie de la Gestalt.

PERLS, F., Gestalt Therapy Verbatim, Bantam Book, New York, 1969.

---

[1] Gestalt Therapy Integrated, p. 23

PERLS, F., In and Out of the Garbage Pail, Bantam Book, New York,1969.

PERLS, F., The Gestalt Approach and Eye Witness to therapy, Science and Behavior Books, Palo Alto, California, 1973.

POLSTER, E., et POLSTER, M., Gestalt Therapy Integrated, Brunner Mazel Publishers, New York, 1973.

Sur les groupes de croissance personnelle et les groupes de sensibilisation.

ROUSSIN-TESSIER, M., LARIVEY, M., et ROYER D., Groupe de Croissance Personnelle, Montréal, 1971.

LIEBERMAN, M.A., YALOM, I.D., MILES, M.B., Encouter Groups First Facts, Basic Books, New York, 1973.

PARTIE V: INTERVENTIONS AUPRES DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTE

On a peut-être tendance à confondre l'action pour la santé mentale avec des services de nature psychiatrique; mais, particulièrement en matière de prévention, l'utilisation d'autres types de ressources revêt une importance primordiale. On retrouve donc ici cinq expériences provenant de milieux très différents mais dont l'accent sur la famille et sur la communauté devient le point commun.

A partir des changements affectant la famille d'aujourd'hui, Denise Dupont-Garon s'interroge sur le rôle des garderies et, plus spécifiquement, sur les conditions humaines et organisationnelles qu'en font des milieux de développement et de prévention. Louise Boivin et Anne-Marie Bouthillier, traitant des difficultés de la famille monoparentale, abordent la contribution des associations privées et des groupes d'aide mutuelle, ressources souvent ignorées. Paul-Marcel Gélinas décrit une expérience qui a un recul appréciable, soit le programme de sensibilisation à la vie familiale de l'Association canadienne pour la santé mentale. Jean-Marie Leduc rapporte trois démonstrations d'une implication communautaire et variée par une équipe de santé mentale, les clientèles touchées étant respectivement des jeunes de milieu secondaire, des parents et le personnel d'une garderie. Enfin, Jacques Lalanne rapporte son utilisation québécoise du programme de Thomas Gordon, la Formation à l'efficacité humaine.

LES SERVICES DE GARDE DES JEUNES ENFANTS EN REGARD DE LA PREVENTION EN SANTE MENTALE

LES SERVICES DE GARDE DES JEUNES ENFANTS EN REGARD DE LA PREVENTION EN SANTE MENTALE

Denise Garon-Dupont

Chaque jour, des centaines de familles du Québec sont aux prises avec de douloureux problèmes. Des changements profonds transforment rapidement les structures de notre société; le fléau désespérant de la pauvreté perpétue de génération en génération les mêmes conditions difficiles; enfin, le rythme accéléré des activités quotidiennes, la course à la surconsommation et l'incapacité de répondre avec efficacité à trop de sollicitations, voilà autant de sources de frustrations, de stress et de conflits pour les familles comme pour les individus. Le jeune enfant, tout comme l'adulte, est fortement influencé par ces difficultés, et même s'il est en mesure d'accepter certaines situations de fait auxquelles il ne peut rien, il en subit les contrecoups à cause des sérieux problèmes d'adaptation que connaissent ses parents.

Tout intervenant qui se propose d'aider l'une ou l'autre des parties en cause doit tenir compte de l'ensemble de la structure familiale. Vouloir à tout prix protéger le jeune enfant dont la famille est en difficulté n'implique pas nécessairement une coupure d'avec son foyer; il en va de même pour l'aide apportée aux parents dont l'enfant présente un handicap évident ou un problème d'adaptation générale plus ou moins bien identifié. C'est pourquoi il est important de repenser honnêtement la pertinence et l'utilité de certaines mesures de prévention adoptées depuis plusieurs années et de s'interroger sérieusement sur les nouvelles formes

de service qui existent maintenant chez nous et qui pourraient devenir des ressources utiles à un grand nombre de familles. Ainsi, les services de garde pour les jeunes enfants tels que les garderies, les haltes-garderies, les centres de jour, la garde en milieu familial, sont des secours techniques qui pourraient dans un grand nombre de cas éviter la séparation, la coupure d'avec la famille.

Après avoir examiné rapidement la nature des changements qui ont affecté la cellule familiale au cours des dernières années, nous vous proposons, dans les pages qui suivent, une réflexion axée précisément sur des formules diverses de service de garde qui pourraient répondre à de multiples besoins dans le domaine qui nous occupe. De plus, nous prenons le parti d'envisager la prévention comme une action d'intervention précoce. Une telle intervention est entièrement centrée sur le développement normal d'un enfant vivant dans son milieu, sa propre famille et utilise au maximum un environnement favorable, adéquat, cohérent, pour le substituer, quelques heures par jour, au milieu familial habituel. Comment l'intervenant professionnel peut-il choisir un tel milieu pour l'enfant dont il a la responsabilité? Nous résumerons forcément les qualités essentielles d'un bon service de garde. A cette forme d'action, d'abord éducative, vient s'ajouter une autre dimension, soit l'idée de prévention, de dépistage et de traitement précoces pour certains enfants qui présentent de plus grandes difficultés.

Si de tels services n'existent pas encore chez-nous en nombre suffisant, il n'en reste pas moins que les besoins sont déjà nettement identifiables. La première étape, la plus difficile, est celle qui doit nous convaincre de la nécessité de telles ressources; le reste est une question de patience, d'efforts et de temps.

NOUVELLES CONDITIONS DE VIE ET PREVENTION

Si la famille est encore aujourd'hui centrée sur le couple, le rôle respectif de ses membres évolue toutefois rapidement et dans presque tous les milieux. L'homme et la femme sont appelés à échanger leurs rôles de plus en plus souvent, et l'enfant doit, par le fait même, se tourner plus tôt vers l'extérieur: il en résulte toute une série de besoins nouveaux(Bernard, 1970, 1973; Glasser et Glasser, 1970; Newson, 1970; Rossi, 1968; Schulz, 1972; Zimmerman, 1947). Le rôle nouveau assumé par la femme dans la société bouleverse un grand nombre d'habitudes ou de coutumes, parce qu'il remet en cause tout le problème de l'éducation de l'enfant; la femme-mère est aujourd'hui prise entre le désir ou l'obligation de gagner sa vie et la nécessité d'une présence auprès de son ou de ses enfants. Le travail de la femme, comme celui de l'homme d'ailleurs, est une réalité dure et difficile qui éloigne dans la plupart des cas toute idée de caprice ou de fantaisie: plusieurs études démontrent en effet que peu de femmes peuvent se payer le luxe de travailler sans recevoir de salaire (Alzon, 1973; Bernard, 1970; 1973: Gordon, 1972;Schulz, 1972).

De nombreux chercheurs dans divers domaines se sont penchés sur ces problèmes nouveaux et reconnaissent que la famille a une tâche de plus en plus lourde à supporter et qu'elle doit être aidée (Dolment et Barthe, 1973; Eiduson, 1973;Glasser et Glasser, 1970; Gorden, 1972; Larson, 1969; Leslie, 1973; Mead, 1949). Dans notre société industrialisée, mobile, à prédominance urbaine, la cellule familiale doit pouvoir compter sur d'autres institutions pour résoudre ses conflits, pour faire face à des situations de crise et remplir son nouveau rôle avec succès. Simplifiée dans sa structure, mais plus isolée, la famille actuelle doit affronter sans aide toute la charge des soins, de la garde et de l'éducation des jeunes enfants. Si de tels changements influencent l'ensemble de la vie familiale, à plus forte raison seront-ils marquants pour les groupes les plus vulnérables,et il con-

vient d'examiner sérieusement les différentes possibilités qui s'offrent à l'intervenant pour aider à solutionner ces graves problèmes. Face à une situation difficile et à des problèmes spécifiques bien identifiés, l'intervenant qui opte, avec la famille, pour un service de garde quotidien plutôt que pour un placement hors du foyer naturel, et ce dans une perspective de prévention, a la responsabilité de faire un choix judicieux car il risque autrement d'aggraver une situation déjà pénible et de causer plus de tort que de bien.

CHOIX D'UN SERVICE DE SOUTIEN DE LA FAMILLE

Notre propos n'est pas de discuter ici du nombre restreint de services d'accueil ou du coût trop élevé de ces structures, mais plutôt de souligner l'importance de la multiplicité des ressources possibles et le niveau de qualité indispensable de tels services. Ainsi, dans un récent rapport préparé par le Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain (1976), il est fait mention d'un vaste répertoire de ressources possibles pour la petite enfance, non seulement au niveau des services de garde mais aussi dans le sens de l'intégration des services de soutien de la famille. En 1973, le ministère de l'Education du Québec proposait déjà plusieurs types d'intervention au niveau préscolaire et, récemment (1977), l'Association des centres de services sociaux du Québec, dans un dossier concernant la situation de l'enfance en difficulté, reconnaissait à son tour la nécessité de fournir aux familles et aux très jeunes enfants des secours bien définis et plus diversifiés. Une multiplicité des besoins devrait entraîner logiquement une multiplicité des services, mais au Québec depuis cinq ans, nous avons surtout fait un

grand pas dans le sens des changements de mentalité. Aussi ne faut-il pas se leurrer et être conscients, non seulement du petit nombre des ressources disponibles, mais en outre de leur inégale valeur.

Beaucoup de spécialistes dans le domaine de l'éducation préscolaire en sont venus, à cause de leur expérience pratique, à établir une nette distinction entre les divers types de services qu'ils ont pu évaluer sur place ou autrement. Si les préjugés ont la vie dure pour la population en général,nous croyons que les éducateurs n'échappent pas non plus à ce danger. En effet, de longues discussions autour de l'appellation même des diverses ressources destinées à l'enfant font trop souvent oublier les objectifs poursuivis: coller des étiquettes, cataloguer ce qui existe déjà en tentant de ramener sous un même titre les bons services, et sous un autre les moins bons, peut devenir une tâche fastidieuse et souvent inutile. Si la tendance générale nous porte à identifier le terme de "garderies" à une fonction de surveillance, devons-nous rejeter du même coup toute qualité pour un service qui, tout en portant ce nom, se rapproche dans la réalité à des objectifs poursuivis par les centres de jour éducatifs. Acceptons donc au départ le fait qu'on puisse à la fois répondre aux besoins sociologiques des familles, sans écarter pour autant les besoins du développement des enfants qui reçoivent collectivement des soins de jour; non seulement cela est-il possible,mais c'est effectivement le premier principe à défendre. Ce ne sont pas les termes employés qui viendront à bout des préjugés, mais les bons résultats obtenus à partir d'objectifs clairement définis. L'appellation même du service n'est donc pas un élément suffisant pour justifier un choix. Mais comment peut-on faire ce choix et quels critères doivent retenir notre attention? Doit-on se laisser impressionner par des réclames attrayantes, astucieuses qui utilisent un langage pédagogique raffiné mais souvent hermétique? Doit-on se fier à l'apparence des lieux, au choix du mobilier, à la propreté extrê-

me? Faut-il tenir compte des attitudes, de l'accueil et des objectifs personnels des responsables de ces services ou de ceux qui travaillent directement auprès des enfants? L'ambiance, le climat psychologique dans lequel vivent les enfants déjà inscrits à un service est-il révélateur? Le calme ou l'agitation de ces enfants peut-il être un indice de la qualité tant des relations qu'ils entretiennent entre eux qu'avec les adultes? Voilà autant de questions qu'il faut nécessairement se poser, car la qualité de l'aide apportée à l'enfant est en rapport direct avec la qualité des soins et de l'accueil reçu.

Mais avant d'examiner en détail tous ces critères de qualité, il faut d'abord s'interroger sur les avantages et sur les désavantages que peuvent présenter certains services, en tenant compte des problèmes particuliers de chaque groupe familial. Ces services se regroupent donc généralement autour de deux grands thèmes, soit les modes de garde collectifs et les modes de garde en milieu familial, et nous avons dressé un tableau sommaire des différentes possibilités réunies autour de ces deux approches.

MODES DE GARDE COLLECTIFS

I. Orientés vers le lieu de travail: le milieu étudiant, collégial, universitaire, hospitalier, l'usine, etc.

- centres de jour
- postes de garde
- haltes-garderies

Avantages: contact fréquent entre l'enfant et les parents, meilleure implication du parent dans la vie de la garderie. Croissance collective.

Inconvénients: obligation pour l'enfant de se déplacer très souvent, très tôt et pour de longues périodes dans des conditions de climat parfois difficiles.

II. Axés sur le quartier: services collectifs structurés à titre de ressources communautaires.

- centre de jour
- postes de garde
- haltes-garderies
- centres de la petite enfance

Avantages: situation à proximité de la maison familiale, dans un voisinage que l'enfant connaît, ou même relié directement aux ensembles d'habitation. Education et croissance collective.

Inconvénients: séparation de l'enfant et de ses parents pour une longue période de temps, à cause de l'éloignement de leur travail.

III. Reliés à des collectivités variables: centres mobiles répondant avec beaucoup de flexibilité à divers besoins spéciaux (collectivités rurales, isolées, itinérantes, ouvriers spécialisés, communes, etc.), ou à des programmes particuliers élaborés à court terme ou à long terme mais en des endroits différents.

Avantages: services particulièrement adaptés aux besoins des usagers. Organisation et utilisation rationnelles de l'équipement technique et du personnel compétent.

Inconvénients: conditions de travail inhabituelles pour le personnel rattaché à de tels services, difficulté du recrutement de personnel compétent. Utilisation irrégulière des ressources communautaires.

Le centre de jour

Institution qui offre les soins de jour et un programme d'activités visant au développement complet du jeune enfant, de la naissance à six ans. Il englobe toutes les formules collectives habituelles de garde de jour qui tentent de répondre à la fois aux besoins des enfants et à ceux des parents. Il peut en outre s'orienter vers des objectifs plus particuliers:

- objectifs de prévention et de complémentarité face à des situations familiales spécifiques;
- programmes de jour donnés dans les hôpitaux ou ailleurs, pour enfants qui ont des besoins spéciaux.

Le poste de garde

Institution qui offre des soins de jour ou de nuit, à des enfants de la naissance à six ans, le poste de garde peut donner à la fois les soins du centre de jour et les soins de nuit aux enfants dont les parents travaillent la nuit. Ces services peuvent facilement être rattachés à de grands ensembles d'habitation.

La halte-garderie

Etablissement autorisé à recevoir de jeunes enfants pour des périodes variables et irrégulières. Certaines formules d'activités spéciales viennent parfois se greffer au principe de la halte-garderie: le loisir-garderie, l'atelier-garderie, etc.

Le centre de la petite enfance

Equipement collectif réservé à la petite enfance et présentant les caractéristiques suivantes: insertion des espaces collectifs pour jeunes enfants de moins de sept ans dans un environnement urbain déjà en place; réunion de services connus comme le centre de jour, l'école maternelle, le centre médico-social, le centre de loisirs, etc., de manière à obtenir une continuité en établissant la prise en charge globale du jeune enfant. Cette formule d'intégration existe à l'état encore expérimental en France.

MODES DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL

I. Orientés vers le lieu de travail: service de soins de jour individualisés, s'adressant à de petits groupes d'enfants (de 2 à 5 enfants) dans une résidence privée, à proximité du lieu de travail des parents.

Avantages: mode de garde individualisé, rendant possible les contacts entre les parents et l'enfant au cours de la journée.

Inconvénients: obligation pour l'enfant de se déplacer souvent; expérience limitée à un seul visage d'adulte; problème de remplacement en cas d'absence ou de maladie de la personne responsable de ce type de service.

II. Axés sur le quartier: réseau de services de soins de jour individualisés s'adressant à de petits groupes d'enfants (de 2 à 5 enfants) au domicile de l'un ou l'autre des enfants ou dans une résidence privée, dans le voisinage immédiat.

Avantages: mode de garde individualisé reproduisant le climat familial de l'enfant, à proximité de sa maison ou dans sa maison même. Possibilité de retrouver facilement les camarades de jeux, en tout temps.

Inconvénients: éloignement des parents durant la journée; tâche de surveillance, de soins et d'éducation de plusieurs enfants assurée par une seule personne; problème de suppléance en cas d'absence ou de maladie de la personne responsable du service.

III. Reliés à des réseaux de services temporaires: familles de quartier, coopérative de gardiennes, foyers de vacances, foyers de dépannage, réseau de grands-parents de quartier, etc.

Avantages: mode de garde temporaire utilisant toutes les ressources communautaires simples, support immédiat à la famille.

Inconvénients: services généralement axés sur le bénévolat, impliquant une

certaine discontinuité et une inégale valeur au support immédiat accordé à la famille.

INTERVENTION CENTREE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Choisir un bon service de garde pour un jeune enfant aux prises avec des difficultés familiales, qu'il doit subir ou dont il est en partie responsable (cela pourrait être le cas d'enfants atteints de certains handicaps physiques), inclut de toute manière une certaine recherche de nouvelles conditions de vie différentes et l'insertion momentanée dans un milieu présentant des caractéristiques favorables mais particulières. L'expérience accumulée depuis une vingtaine d'années nous permet d'affirmer l'importance des premières années pour l'enfant et de mettre en relief les conditions qui déterminent la qualité de sa vie. Toutefois, des préjugés tenaces mettent encore de côté toute possibilité d'expérience collective pour les très jeunes enfants. Pourtant, nombre de situations de ce genre sont vécues de façon positive par plusieurs enfants, et nul ne peut rejeter d'emblée des travaux qui ont fait leur marque dans ce domaine. Des recherches importantes, comme celles de Caldwell, 1967, 1970; Keister, 1970; Lézine, 1969; Robinson et Robinson, 1971; Willis et Riciuti, 1975; White, 1973, démontrent que loin d'être novices, des expériences d'enrichissement de l'environnement peuvent être bénéfiques et même préventives si les qualités de soins et d'attention y sont respectées.

Quelles que soient les raisons qui amènent un enfant dans un service de garde, la responsabilité fondamentale des personnes qui doivent organiser, maintenir et surveiller la qualité de ce service reste la même, et toute action éducative dans

ce sens doit tenir compte des besoins de l'enfant et des principales étapes de son développement. Vouloir évaluer la qualité de ce service implique l'analyse de plusieurs éléments que nous tenterons de résumer ici en les réunissant sous quatre aspects généraux, soit la qualité des personnes, celle de l'environnement, celle des programmes et la participation des parents.

La qualité des personnes[1]

La compétence du personnel, si elle est essentielle, ne s'entend pas ici uniquement dans le sens restrictif habituellement limité aux seules compétences reconnues par les écoles de formation, mais dans le sens étendu aux qualités d'accueil et de compréhension de l'enfance, selon le milieu. Le nombre de personnes présentes auprès des enfants implique à la fois une notion de quantité et de variété; ceci est valable autant pour le personnel qui côtoie l'enfant que pour celui qui est consulté occasionnellement comme le pédiatre, l'infirmière, le psychologue, le travailleur social, etc. Le nombre d'adultes travaillant auprès de l'enfant varie évidemment en fonction de l'importance du service. Même si les normes actuelles reconnaissent légalement un nombre élevé d'enfants pour une personne responsable, nous croyons préférable de placer au moins un adulte par sept à dix enfants âgés de deux à six ans et un adulte par cinq à sept enfants chez les très jeunes, jusqu'à

---

[1] Les principales directives concernant la qualité des services de garde s'inspirent des auteurs suivants: Betsalel-Presser, 1974; Betsalel-Presser, Garon-Dupont et Ouimet, 1976; Garon-Dupont, 1974; Fein et Clarke-Stewart, 1973; Evans, 1972; Pocioway, 1973; Prescott, 1972.

deux ans; pour le mode de garde en milieu familial, un adulte par quatre à cinq enfants tout au plus. Le personnel doit présenter une certaine stabilité et beaucoup de régularité quant aux heures de présence auprès de l'enfant. De plus, le fait d'encourager des hommes à faire partie du personnel régulier des garderies est un facteur susceptible d'améliorer la qualité de vie de certains enfants privés de contacts avec leur père.

La qualité de l'environnement

Tous les phénomènes reliés à l'espace affectent considérablement le comportement de l'enfant, autant par les stimulations qu'il exerce que par la disposition et l'organisation même de cet espace. Ainsi, les travaux de Lézine (1969, 1972) et de son équipe ont mis en lumière le rapport qui existe entre l'apathie de certains enfants vivant en garderie et la monotonie des locaux ainsi que la routine dans les activités. L'absence de nouveauté empêche l'enfant d'observer, d'explorer, de découvrir et cela crée à la longue un manque d'intérêt chez lui. Une organisation adéquate de l'espace vise à créer un climat stimulant où se retrouvent formes,couleurs, température, acoustique, etc., de manière à favoriser une véritable harmonie. De plus, le matériel de jeu doit être assez fourni et varié pour assurer à chacun une occasion d'explorer, de manipuler des objets avec une certaine initiative, de façon que l'adulte intervienne le moins possible. Ainsi, des jouets placés trop haut sont en quelque sorte interdits à l'enfant; par contre, s'ils traînent constamment sans jamais être rangés, l'enfant les confondra vite avec le décor et cessera de les utiliser. En résumé, l'enfant doit pouvoir bénéficier de zones tranquilles (repos, jeux calmes, abris pour s'isoler), d'espaces de jeux plus actifs (jeux moteurs, etc.), de zones de jeux libres (espaces larges, indéterminés

qui favorisent l'imagination et l'invention); il doit aussi pouvoir choisir s'il veut jouer seul, en groupe, ou avec l'adulte, critère important dans l'organisation du milieu.

La qualité des programmes

Nous appelons "programme" l'ensemble des jeux, événements, activités prévus ou non dans le déroulement des jours et des semaines passés à la garderie. Un bon service de soins de jour doit donc offrir un programme marqué de souplesse, de mobilité et, néanmoins, de régularité. Il doit présenter dans son contenu une alternance de rythme des activités et une certaine variété au niveau du style d'intervention des éducateurs; on peut y trouver à la fois des activités libres, orientées ou dirigées par l'adulte. La durée et la forme des activités suggérées ou libres varient avec l'âge et le développement des enfants de même qu'en fonction des contraintes venues de leur milieu socio-culturel. Quel que soit le contenu des activités, il est essentiel que les éducateurs favorisent en tout temps le développement du langage et le considèrent comme un moyen de communication intellectuel et affectif particulièrement important. L'action préventive trouve ici tout son sens; en effet, un bon programme d'activités s'oriente surtout vers le développement global de l'enfant et met l'accent sur les processus plutôt que sur les produits.Tout programme qui a pour objectif de créer un certain produit chez l'enfant, en exploitant un seul aspect de sa personnalité au détriment du reste, le prive d'un milieu favorable à l'ensemble de son développement.

L'implication des parents

Un bon programme de garderie reconnaît aux parents leur rôle et leur responsabilité, et respecte autant que possible les valeurs de leur milieu,de manière à fournir à l'enfant un environnement qui lui soit familier. Ainsi, il faut éviter de le plonger dans un monde farci d'éléments artificiels impressionnants pour l'adulte mais souvent inutiles pour l'enfant; des décors "enfantins" très élaborés ne remplaceront jamais la simple permission de courir, de sauter, de manipuler sans interdits excessifs. De plus, trop d'écart entre le quotidien familial de l'enfant et celui de la garderie risque de placer les parents dans une situation gênante et de les éloigner de la garderie, parce qu'ils ne s'y sentent pas à l'aise. L'important est que l'enfant soit rassuré et suffisamment stimulé, mais dans un milieu qui corresponde autant que possible à celui de sa famille. D'ailleurs, un bon éducateur, loin d'exclure les parents, tire profit de leur connaissance personnelle de l'enfant et travaille avec eux tout en les informant honnêtement des problèmes particuliers que rencontre l'enfant dans sa vie avec les autres. Une garderie qui refuse, sous un prétexte ou un autre, la présence des parents ne répond pas à un critère de qualité.

L'intervenant a également un rôle important à jouer dans le triangle enfant-famille-garderie. En effet, il peut agir comme tierce personne auprès de la famille et de la garderie, et servir d'intermédiaire à certains moments entre l'une et l'autre. D'une part, il peut clarifier pour la famille certaines attitudes des éducateurs et expliquer les objectifs poursuivis; d'autre part, il peut aider les responsables de l'enfant à mieux comprendre l'origine et le sens des problèmes des parents. De plus, l'intervenant est bien placé pour observer l'impact réel des changements et éviter qu'elle ne se décharge complètement de ses responsabilités

sur le service, l'intervenant fera constamment la jonction, le lien entre les deux.

Ce qui vient d'être dit au sujet de la qualité de vie de l'enfant dans un plus vaste groupe, convient également au mode de garde en milieu familial, où l'enfant doit pouvoir bénéficier d'une présence chaleureuse et compétente, de même que d'un environnement stable et sûr. Toutes ces conditions doivent se retrouver à part égale; un milieu physique extraordinaire ne remplacera jamais le contact chaleureux de l'adulte, de même qu'un présence sans soutien extérieur s'épuisera plus facilement. Tout enfant bénéficiera de ces conditions, mais à plus forte raison celui qui éprouve de grandes difficultés; il faut alors lui donner le maximum de chances pour qu'il sorte intact des problèmes temporaires ou permanents que traverse sa famille.

INTERVENTION AXEE SUR UNE ACTION PREVENTIVE

Aider une famille à faire face à des problèmes qu'elle peut maîtriser avec un support extérieur adéquat, constitue une forme préventive et efficace d'intervention (Comité de la santé mentale du Québec, 1973). L'idée d'utiliser les services de jour pour aider un enfant et sa famille en difficulté n'est certes pas nouvelle, et plusieurs études ont déjà démontré la valeur préventive et même curative de tels services (Braga, 1973; Emlen, 1974; Gibbons, 1966; Gilfillan, 1962; Hansan et Pemberton, 1965; Pisapia, 1969). Ces études semblent démontrer qu'il est important, entre autres choses, de maintenir les liens familiaux naturels et d'éviter ainsi les dommages sérieux que peuvent entraîner la séparation d'avec la famille chez les très jeunes enfants (Gilfillan, 1962). Par ailleurs, le fait que le

milieu familial soit en difficulté suppose également d'autres risques pour l'enfant. Ainsi, une certaine instabilité affective, des comportements de rejet momentané à cause de tâches matérielles trop lourdes, l'anxiété maternelle ou paternelle, la méconnaissance des besoins fondamentaux de l'enfant par certains parents sont autant de problèmes qui peuvent être allégés par une aide technique adéquate en étroite collaboration avec les parents.

L'enfant qui s'éloigne quelques heures par jour de ces conditions difficiles pour retrouver un climat stable, stimulant, rassurant, sans par ailleurs perdre son port d'attache naturel, si pauvre soit-il, a de fortes chances de retrouver son propre équilibre. Le parent en difficulté, pour sa part, acceptera probablement mieux une aide semblable, qui le dégage momentanément du soin immédiat de son enfant, sans par ailleurs susciter des sentiments de dépossession, d'impuissance, de culpabilité ou de désintéressement. Il doit continuer à assumer ses responsabilités envers son enfant, et c'est là un aspect en général positif (Braga, 1973). De plus, une relation d'aide d'abord orientée vers l'enfant finit souvent par atteindre la personnalité des parents.

Jusqu'à maintenant, les services de garde étaient presque toujours proposés comme solution aux problèmes de la mère au travail. Pourtant, plusieurs textes s'adressant aux professionnels de la santé mentale soulignent clairement que le placement d'un enfant en dehors de son foyer ne devrait être envisagé qu'en dernier recours, lorsque les autres solutions sont épuisées. C'est pour dénoncer une situation dramatique que l'Association des centres de services sociaux du Québec (ACSSQ) a souligné en mars 1977, la position difficile de 30 000 enfants de tous âges du Québec. L'association, à cette même occasion, s'est prononcée en faveur d'une réorientation des politiques sociales, de façon à "prévenir" au lieu de "cor-

riger" des expériences malheureuses, en tentant de garder l'enfant dans son propre milieu tout en apportant un soutien aux familles en difficulté (Boulet, 1977; Le Soleil, 1977). Une intervention précoce, dans un milieu sain, éviterait de voir les problèmes s'installer pour de bon et marquer toute la vie de l'enfant. Le dépistage et le traitement rapide de certains retards ou de certaines déficiences peuvent prévenir de profondes mésadaptations pour plus tard.

Utiliser les services de soins de jour comme une solution de rechange à un placement dans une autre famille suppose évidemment l'existence d'un réseau de ressources de qualité dans ce domaine. Compte tenu de la rareté des garderies et des centres de jour dans notre milieu, il n'est pas facile de trouver actuellement ces services pour les jeunes enfants. Il y a encore peu de garderies ayant l'habitude de travailler en collaboration avec les travailleurs sociaux, les psychologues, les physiothérapeutes. De plus, certaines formes de service n'existent pas encore. Il faudrait donc intervenir pour les créer dans certains cas, en vue d'améliorer le caractère de l'ensemble des garderies. De tels services n'apporteront certainement pas de solution miracle pour tous et, dans bien des situations, le placement dans une autre famille restera encore la seule possibilité, mais nous avons actuellement suffisamment de raisons de croire que cette ressource peut répondre à une importante catégorie de besoins.

De multiples pressions exercées dans ce sens auprès des responsables des politiques d'aide dans ce domaine, de même que l'éducation des gens face à ces nouvelles solutions, devraient susciter dans l'avenir des changements de mentalité et la création d'un véritable réseau de services de soins de jour de qualité, afin de donner rapidement à tous les jeunes enfants en difficulté une aide adéquate, et à leurs familles le secours dont elles ont besoin.

BIBLIOGRAPHIE

ALZON, C., La femme potiche et la femme bonniche, dans Cahiers Libres, Paris, Maspero, 1973.

ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC, Les Enfants et les jeunes en difficulté, Montréal, ACSSQ, 1977.

BERNARD, Jessie, The future of marriage, New York, Bantam Book, 1973.

BETSALEL-PRESSER, Raquel, Centre de jour éducatif - Implications psychopédagogiques d'un programme destiné aux enfants de moins de deux ans. (Thèse de doctorat inédite, université de Montréal, 1974).

BETSALEL-PRESSER, Raquel; GARON-DUPONT, Denise; OUIMET, Nicole, La Garderie: une expérience de vie pour l'enfant. Un instrument de travail à l'intention du personnel des garderies d'enfants, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1976.

BOULET, P., 5,000 enfants sont "remisés" hors de leur milieu familial, Le Soleil, Québec, 25 mars 1977.

BRAGA, T.L.; BRAGA, Laurie, Day Care and Child Care Services: Issues, priorities and implications, dans Child care Quarterly 2, 3, 1973, pp. 167-177.

CALDWEL , Bettye M., What is the optimal learning environment for the young child?, dans American journal of orthopsychiatry, 1967, 37, pp. 8-21.

CALDWEL, Bettye M. et al., Infant day care and attachment, dans American journal of orthopsychiatry, 40, no.3, 1970, pp. 397-412.

COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC, La prévention dans le domaine de la santé mentale, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1973.

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL METROPOLITAIN, Propositions pour une politique de services à la petite enfance, Montréal, Fondation Gohier, 1976.

DOLMENT, Marcelle; BARTHE, M., La femme au Québec, Montréal, Les Presses Libres.

EIDUSON, B.T. et al., Alternatives in child rearing in the 70's, Washington, Office of Child development, 1973.

EMLEN, A.C., Day Care from Whom?, dans A.L. Schorr (ed): Children and decent people, New York, Basic Book, 1974.

EVANS, Belle E., SAIA, G.E., Day care for infants, Beacon Press, 1972.

FEIN, Greta; CLARKE-STEWART, Alison, Day care in context, New York, Wiley, 1973.

GARON-DUPONT, Denise, Les Services de garde des jeunes enfants, Montréal, Conseil du Québec de l'enfance exceptionnelle, 1974.

GIBBONS, Ira, Day care: Mental Health Intervention, dans Child Welfare, XLV: 3, March 1966, pp. 140-144.

GILFILLAN, Viola G., Day care as a therapeutic service to preschool children and its potential as a preventive service, dans Child Welfare, XLI: 11, November 1962, pp. 411-416.

GLASSER, P.H.; GLASSER, Lois N., Adequate family functioning, Family in Crisis, Harper and Row, 1970, pp. 290-304.

GORDON, M. (Ed.), The nuclear family in crisis, Harper and Row, 1972.

HANSON, J.; PEMBERTON, K., Day Care: A therapeutic milieu, dans Child Welfare, 44, 3, 1965, pp. 149-155.

KEISTER, Mary Elisabeth, "The good life" for infants and toddlers", Washington, National Association for the education of young children, 1970.

LARSON, L.E., La famille dans la Société contemporaine. Nouvelles caractéristiques familiales, dans Institut Vanier de la famille: La garderie de jour au service de la famille moderne. Ottawa, 1969, pp. 20-37.

LESLIE, G.R.; LARSON, R.F.; GORMAN, B.L., Order and Change, Oxford University Press, London - New York - Toronto, 1973.

LE SOLEIL, Pour que cesse le "remisage" des enfants, Québec, vendredi 25 mars 1977.

LEZINE, Irène, Psychopédagogie du premier âge, Paris, Presses universitaires de France, 1969.

LEZINE, Irène, L'influence du milieu chez le jeune enfant, dans F. Duyckaertz et al., Milieu et développement, Les Presses universitaires de France, pp. 259-299.

MEAD, Margaret: Male and female, New York, William Morrow, 1949 (6e éd. 1967).

MINISTERE DE L'EDUCATION, Education et développement: Une approche aux interventions d'éducation en milieux défavorisés, (Document de travail), Québec, Ministère de l'Education, 1973.

NEWSON, J.; NEWSON, Elisabeth, Changes in concept of parenthood, dans Katherine Elliot (Ed.): The family and its future, Londres, Churchill, 1970, pp. 139-156.

PISAPIA, M. et HANWELL, A.F., Social worker day care, dans Child Welfare, vol. no. 5, 1969, pp. 268-27?.

POLLOWY, Anne-Marie, Un service de garderies de jour: considérations en vue de l'aménagement physique (Rapport préparé pour le Conseil canadien du développement social), Ottawa, 1973.

PRESTCOTT, Elisabeth; JONES, Elisabeth; KRITCHEVSKY, Sybil, Day Care as a child rearing environment, vol. II. Washington, National Association for the Education of Young Children, 1972.

ROBINSON, H.R.; ROBINSON, Nancy, Longitudinal development of very young children in a comprehensive day care program: the first two years, dans Child Development, 42, 1971, pp. 1673-1683.

ROSSI, Alice S., Transition to parenthood, dans Journal of marriage and the family, 30, no. 1, 1968, pp. 26-39.

SCHULZ, D.A., The changing family - its function and future, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1972.

WHITE, B.L.; WATTS, J.C., Experience and environment: Major influences on the development of the young children, Vol. I, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1973.

WILLIS, Anne; RICCIUTI, H.N., A good beginning for babies, Washington, National Association for the Education of Young Children, 1975.

ZIMMERMAN, C.C., Family and Civilization, New York, Harper, 1947.

Organismes intéressés aux services de garde pour les jeunes enfants:

Centre national d'information sur la garde de jour. Régime d'assistance publique du Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, Ottawa, Ontario K1A 1B5.

Service de garderies. Direction générale de la programmation, ministère des Affaires sociales, 1005 Chemin Sainte-Foy, Québec.

UN INSTRUMENT DE PREVENTION:

LES ASSOCIATIONS DE FAMILLES MONOPARENTALES AU QUEBEC

UN INSTRUMENT DE PREVENTION:
LES ASSOCIATIONS DE FAMILLES MONOPARENTALES AU QUEBEC

Louise Boivin et Anne-Marie Bouthillier

INTRODUCTION

A première vue, on peut chercher la raison de la présence d'un article sur les associations de familles monoparentales dans un ouvrage destiné à la prévention en santé mentale infantile et juvénile. Deux motifs justifient, à notre sens, une telle inclusion:

- Au plan du contenu, les praticiens en santé mentale ne contesteront pas qu'une forte proportion de leur clientèle vit une phase ou une autre du processus du divorce, qu'il s'agisse par exemple du moment de la séparation ou de l'ajustement postérieur; et, dans une perspective du système familial, le vécu "parental" a sûrement des répercussions sur celui de l'enfant. Il résulte chez ce dernier des conséquences parfois positives, parfois négatives, selon la façon dont la cellule familiale a subi cette transformation.

- Au plan de la méthode utilisée, il est fort remarquable que ce type d'association s'appuie d'abord sur un groupe de personnes vivant une même situation et qui, dans des buts de croissance, d'entraide ou d'action sociale, décident de mettre leurs efforts en commun. Ce genre de groupe d'aide mutuelle oblige

souvent le praticien à s'adapter à de nouveaux rôles comme celui de consultant ou d'animateur. Dans une perspective où les professionnels veulent "aider les autres à s'aider eux-mêmes", ou à se prendre en charge, l'expérience des associations de familles monoparentales méritent qu'on s'y attarde, surtout sur cette caractéristique de la prise de responsabilités par les bénéficiaires elles-mêmes. Mais cette démarche, il va s'en dire, ne se fait pas avec une facilité absolue.

Les auteurs, oeuvrant surtout au niveau du regroupement provincial, appelé "Carrefour des associations de familles monoparentales", fournissent ici une description de ces associations ainsi qu'une analyse critique débouchant sur des propositions pour l'avenir.

I- SPECIFICITE DE LA SITUATION

a) Quelques jalons de définition de la situation

Quand on pense à la "monoparentalité", on l'associe souvent à l'état d'une personne qui a charge d'enfants et qui vit un ensemble de problèmes aigus et reliés aux plans économique, psychologique et social: dévalorisation, tensions financières, perte d'équilibre émotif avec dépression psychologique, peur constante et insécurité, solitude et isolement, problèmes de revenu, mauvais traitement des enfants, délinquance juvénile, etc. La monoparentalité peut toutefois se définir dans un sens plus large: c'est l'état de l'adulte vivant seul une relation parentale avec un ou plusieurs enfants et assumant les responsabilités familiales. Cela

implique donc que le parent offre à l'enfant une présence stable et une disponibilité, qu'il pourvoit à l'éducation, qu'il répond aux besoins de la famille, qu'il permet à l'enfant son identification et qu'il favorise la croissance. Egalement, la vie monoparentale est différente d'une personne à l'autre; cela dépend d'une foule de facteurs dont voici les principaux:

- le réajustement aux rôles familiaux sont différents pour un homme et une femme;

- l'individu n'est pas sujet aux mêmes émotions, si sa monoparentalité est le fait de la rupture du mariage, du décès de son conjoint ou du célibat;

- les individus valorisent des choses différentes dans leur vie, et leur capacité d'adaptation est variable;

- le fait que la situation soit acceptée ou non a aussi un impact sur le style de vie.

Ces personnes doivent donc surmonter les difficultés inhérentes au maintien d'une vie sociale, affective et sexuelle, tout en vivant à des degrés divers la remise en question, l'insécurité, la dépendance, les problèmes reliés au faible revenu et aux relations parents-enfants. Phénomène non spécifique à la monoparentalité, l'isolement est ressenti par une grande proportion de parents uniques; il est causé par une perte de contact avec les proches, certaines conditions physiques et matérielles pouvant y contribuer; subjectivement, c'est un sentiment où se côtoient la dépression, l'hostilité et l'amertume.

b) La situation sociale du divorce

De 1970 à 1974, les divorces ont augmenté au Québec de 252%, leur nombre passant de 4 865 à 12 272. C'est dire qu'au Québec, chaque année, il y a de plus en plus d'individus placés devant la rupture du lien marital, lequel se voulait indissoluble d'après l'éducation, la mentalité, la tradition, etc. Ces chiffres révèlent une nouvelle conception du mariage, de la vie du couple et de la famille,ainsi qu'une évolution culturelle et sociale. La soudaine ampleur de ce phénomène prend par surprise, échappe aux explications, et les acteurs eux-mêmes ne maîtrisent pas toutes les implications affectives, psychologiques et sociales de leur situation.

Egalement, si les conjoints paraissent vivre cette situation avec difficulté,il en est tout autant pour les enfants, pour la famille étendue et pour l'environnement. Après les sentiments de surprise, de colère et de dépression, tous ont à se réajuster au plan émotif à l'égard de leurs relations. Par ailleurs, la société garde au sujet du divorce une attitude simpliste: il est encore synonyme d'immaturité, d'immoralité, de névrose et d'échec. Pour plusieurs, le divorce est responsable des divers maux dont souffre notre société, comme la délinquance juvénile et la déchéance du lien familial. Les individus divorcés sont traités par la société et par ses institutions comme des citoyens de seconde classe, juridiquement, économiquement et socialement.

c) La population desservie

Un nouveau départ se révèle souvent impossible sans l'aide de personnes attentives à l'égard de leur situation et on comprend facilement que les regroupements de parents uniques aient vu le jour un peu partout au Québec ces dernières années.Nous

n'avons pas de données très complètes concernant les membres des associations de familles monoparentales, mais nous pouvons cependant dire que la plupart des associations regroupent presque uniquement des femmes et, dans une large proportion, ces femmes sont bénéficiaires d'aide sociale; peu d'individus membres des associations exercent un emploi rémunéré.

Certaines associations s'identifient clairement comme privilégiant une catégorie de parents uniques; par exemple l'association des veuves ou l'association des mères célibataires. Peu nombreuses sont celles qui ne regroupent que des hommes, beaucoup plus nombreuses sont celles qui ne regroupent que des femmes, et quelques-unes sont mixtes. Aussi nous constatons qu'il existe un certain sectarisme sur le plan de la condition sociale des membres; dans certaines associations qui regroupent des gens aisés, les individus moins favorisés ne se sentent pas à l'aise, et les chefs de familles monoparentales économiquement privilégiées ne côtoient pas les chefs de familles monoparentales économiquement faibles. Nous notons enfin que dans les associations affiliées au Carrefour la moyenne d'âge des membres semble être autour de 40 ans; il y a très peu de jeunes (20-30 ans) au sein de ces associations.

II- ORGANISATION ET OBJECTIFS

a) La naissance des associations

Depuis 1973, aux quatre coins du Québec, des groupes de parents uniques se sont formés par l'initiative de quelques individus qui, après avoir passé une période

difficile de leur vie, ont senti le besoin d'échanger des vues sur leur situation avec d'autres personnes ayant vécu une expérience semblable. Quatre ou cinq personnes se rencontrent d'une façon non formelle et mettent en commun leurs expériences et les difficultés qu'elles vivent quotidiennement. Souvent, on se sent isolé, dépassé par les événements et on ne sait pas à qui demander de l'aide; on ne connaît pas les ressources du milieu.

Encouragées par le fait de se retrouver avec quelques autres faisant face aux mêmes difficultés et conscientes qu'elles ne sont sûrement pas les seules à vivre cette situation, ces personnes cherchent au niveau des structures déjà en place des ressources qui les aideraient à prendre collectivement en main leur devenir; aussi elles s'appliquent à recruter dans leur milieu des parents uniques qui veulent se regrouper, afin de faire partager leurs expériences et d'unir leurs efforts en vue d'améliorer leur condition de vie. Et voilà les premiers jalons de la mise sur pied d'une association de parents uniques. De façon générale, on peut affirmer que la plupart des associations naissent des besoins du milieu et de la conscience qu'ont certains individus de leur propre situation, qu'ils présument être vécue de façon similaire par quelques autres personnes de leur milieu.

Dans d'autres cas, l'idée d'un regroupement vient "d'en haut", c'est-à-dire, de professionnels qui reçoivent des cas individuels qui ont recours à leur aide à différents niveaux. Ces personnes ressources, constatant que les problèmes et les malaises avec lesquels sont aux prises les parents uniques qui les consultent sont sensiblement les mêmes pour tous, tentent de susciter chez ces gens l'idée d'un regroupement afin qu'ils trouvent ensemble des moyens pour solutionner leurs problèmes et améliorer leur qualité de vie.

b) Les objectifs

Une association se fixe toujours comme but de répondre de façon la plus concrète possible aux besoins du milieu. Elle ne poursuit pas tous les objectifs énumérés plus loin mais, selon son milieu d'implantation, elle s'attache plus particulièrement à un objectif principal. Toutefois, il y a des recoupements évidents dans l'ensemble des objectifs des associations. Voici d'ailleurs les plus fréquents:

- certaines associations ont, comme principale activité, les loisirs et, comme but, d'être un lien de rencontre;

- d'autres visent principalement à offrir une forme de dépannage par leur soutien et par la diffusion d'information;

- la plupart cherchent d'abord à permettre à leurs membres de se "décharger" de leur histoire, à verbaliser leurs préoccupations, leurs besoins et leurs attentes;

- la plupart sont soucieuses d'apprendre à leurs membres à fonctionner en équipe et à acquérir ainsi une ouverture sur la collectivité;

- plusieurs associations poursuivent une forme de développement et d'autonomie, dans l'optique d'une revalorisation personnelle;

- enfin, certains regroupements favorisent chez leurs membres la poursuite d'un cheminement social, en favorisant leur capacité de comprendre et d'améliorer leur situation collective.

Voyons maintenant quels moyens et quelles activités permettent d'atteindre ces objectifs.

III- DESCRIPTION DES ACTIVITES

Nous avons relevé dans les associations les principaux moyens employés pour atteindre les objectifs que l'association a pu se fixer:

Un premier groupe d'activités vise avant tout l'individu aux prises depuis peu avec la situation de monoparentalité. On trouve alors des moyens comme des groupes de discussion, des cours relatifs à la connaissance personnelle, aux relations humaines et aux relations parents-enfants, ou diverses sessions d'information sur les thèmes suivants: lois sociales, droit de la famille, budget ou ressources du milieu.

Ou encore, plusieurs associations s'orientent vers des activités du type "croissance personnelle", par des cours d'ordre psychologique, d'un niveau inférieur par rapport à ceux mentionnés plus haut et abordant les questions relatives à l'individu et à ses rapports avec l'environnement.

Certaines associations accomplissent des tâches assez élaborées de dépannage, comme un service téléphonique de "relation d'aide". On note aussi en ce sens quelques expériences d'accueil pour femmes et enfants ayant besoins d'un lien de transition pendant une période de crise. Toutes les associations organisent aussi un certain nombre d'activités à caractère culturel, sportif ou social; cela peut aller jusqu'à des camps d'été ou d'hiver pour les familles.

On retrouve aussi quelques réalisations au niveau d'une participation des membres à l'élaboration d'une activité à caractère économique, par exemple trouver des fonds assurant le fonctionnement de l'association, organiser des activités pour les

membres, aider quelques individus à prendre en mains leur indépendance financière, mettre sur pied une coopérative de fabrication et de vente d'artisanat, etc. Enfin, des activités sont orientées vers la formation à l'animation et à l'action sociale, dans la perspective de développer une plus grande autonomie et une réflexion sur la coopération.

IV- L'AIDE APPORTEE PAR LES PROFESSIONNELS

Essentiellement, les groupes d'aide mutuelle existent sur une base de volontariat, de disponibilité et de dévouement des membres, avec bien peu de ressources financières. Même s'il est difficile d'établir une règle générale selon les régions et selon les associations, les professionnels jouent un rôle qui est plus qu'accessoire.

Ainsi, les groupes monoparentaux en formation contactent les ressources du milieu afin de se faire aider au plan de leur organisation, de l'élaboration de leurs objectifs et de la mise sur pied des moyens d'action qu'ils veulent entreprendre; ils font alors appel aux centres locaux de services communautaires, aux organisations diocésaines, aux commissions scolaires, aux centres de services sociaux, etc. L'animation des groupes est souvent assurée pour un temps par un professionnel assigné à cette fonction; et celle-ci est importante, constituant parfois le pilier de l'existence même du groupe. On fera appel à des spécialistes de différentes disciplines (avocats, psychologues, etc.), pour répondre à des besoins d'information ou à des objectifs de croissance personnelle.

Nous constatons que dans les groupes qui s'orientent davantage vers une démarche de croissance personnelle la présence de la personne ressource revêt une grande importance. Par contre, les membres peuvent devenir plus rapidement autonomes en matière d'organisation de loisirs, d'organisation de groupe, de mise en marche et d'utilisation de ressources concrètes.

V- EVALUATION DE LA SITUATION PRESENTE

Comme il arrive à beaucoup d'organismes bénévoles qui font leurs premiers pas, les associations rencontrent un manque de motivation, de l'apathie ou une attitude passive de consommateur chez les membres. Et pourtant, ceux-ci expriment leur désir de faire quelque chose, ils cherchent à s'occuper, à sortir de leur isolement, à échapper à leur solitude. Voyons brièvement certains facteurs jouant un rôle probable dans les difficultés de mobilisation des énergies:

Les objectifs sont trop variés et imprécis: on parle tantôt de dépannage, tantôt de croissance personnelle, tantôt de loisirs. Les objectifs, déjà flous, sont souvent mal véhiculés, créant ainsi certains problèmes: par exemple, l'association peut devenir une béquille pour un membre ou un facteur de dépendance. Elle peut aussi favoriser une attitude de consommation, d'information, d'activités, en devenant elle-même le fournisseur.

Les objectifs sont parfois trop particuliers. A l'intérieur des associations, on parle beaucoup de psychologie (croissance personnelle, relations parents-enfants) mais on porte intérêt au milieu (économie, politique, sociologie, etc.). On

s'oriente vers un service personnel aux membres, mais consommé en groupe. On met beaucoup d'énergie à s'organiser, mais pas en vue d'une action collective. Quand certaines personnes ont des préoccupations d'ordre social, elles s'impliquent à l'extérieur de l'association, sans nécessairement s'identifier comme monoparentales.

Les critères d'appartenance

Par ailleurs, les critères d'appartenance au groupe peuvent être mal définis, de sorte qu'on retrouve parfois dans des associations des gens (des hommes surtout) qui n'ont pas la garde de leurs enfants. Si les associations s'efforçaient au moins de réunir des individus ayant une caractéristique commune, soit celle d'un parent unique, bien des confusions seraient évitées, et il serait peut-être plus facile de dégager des lignes d'action.

Les structures

Les associations de familles monoparentales n'ont pas, en général, une structure de changement, mais de soutien. Elles donnent beaucoup d'importance à l'organisation par rapport à la mobilisation. On consacre plus d'énergie à l'ensemble qu'aux échanges entre les membres. On a également peur d'innover, de créer de nouveaux modes de fonctionnement, et on calque des modèles existants sans tenir compte des particularités des individus et leur propre situation.

Les responsables

Les responsables sont perçus comme ceux qui assurent la permanence et la fidélité aux objectifs, qui assument la relève et organisent les activités. Les membres les voient comme un père ou une mère, une personne qui pourrait prendre des décisions, endosser des responsabilités à leur place. Ils servent de modèle, ils ont réponse à tout. Ils savent quoi faire, donc ils doivent tout faire.

VI- QUELQUES ORIENTATIONS POUR LE CARREFOUR ET LES ASSOCIATIONS

Les quelques critiques formulées précédemment, démontrent bien qu'une confusion existe au sujet de la monoparentalité. En effet, on ne semble pas encore conscient qu'elle est directement reliée au problème global de la condition des femmes dans la société ainsi qu'à celui de la famille dans sa conception traditionnelle (couple-mariage-famille) et que la situation de parent unique peut se présenter comme un moyen et une raison d'engagement social.

Il est donc "normal" que les associations de base qui jouent un rôle de "relation d'aide" auprès des individus et qui répondent à des problèmes individuels entraînés par le sentiment d'isolement ressenti à la perte d'un conjoint, s'engagent très peu au niveau des actions collectives.

Dans un tel contexte, le Carrefour des associations de familles monoparentales du Québec (C.A.F.M.Q.), en tant que superstructure de 60 organismes, éprouve beaucoup de difficultés à devenir réellement un agent de changement social et un trem-

plin efficace pour les familles monoparentales, dans leurs actions et représentations; or, il existe plusieurs champs d'action collective où les associations peuvent s'engager: lutte contre les préjugés, revendications de certains droits, actions pour corriger des situations inacceptables à la famille monoparentale (v.g. garde d'enfants, allocation de soutien, loi sur le divorce, tribunal unifié de la famille).

Le bilan du C.A.F.M.Q. a été fait, depuis sa fondation en 1974, et l'on s'est rendu compte de l'urgence de préciser et de modifier au besoin son orientation afin qu'il joue le rôle de groupe de pression. Le C.A.F.M.Q. ne doit plus se contenter d'être une superstructure qui vise à réunir les groupes locaux dans un cadre provincial et à favoriser leur développement, mais il doit plutôt tendre à devenir un corps pensant et agissant qui n'attend pas d'ordre pour bouger mais prend lui-même l'initiative, intervient auprès des groupes et leur propose des modes d'action à entreprendre. Cette orientation est déjà amorcée. En effet, au cours de l'année 1977-1978, les priorités d'action du C.A.F.M.Q. ont trait à la régionalisation, à la réflexion et à la formation.

La régionalisation

Cette démarche vient combler différents besoins constatés chez les associations:

- nécessité de préparer des mémoires pour faire des demandes auprès des gouvernements,
- besoins d'échange entre les associations locales,
- besoins de sensibiliser la population à la réalité monoparentale,

- nécessité d'entretenir une relation étroite et constante entre les associations et le Carrefour.

La réflexion

Soixante p. cent des femmes chefs de famille sont des assistées sociales, qui vivent dans une pauvreté lamentable. Constatant la nécessité d'améliorer la situation du problème le plus aigu de la monoparentalité, et dans le but de favoriser la participation des autorités, le Carrefour a décidé cette année de proposer à ses membres un thème de réflexion intitulé "Aide sociale". Nous espérons par là amener de plus en plus de femmes à se déculpabiliser de vivre aux dépens de l'Etat et à se sensibiliser à la dimension collective de leur situation.

La formation

Les sessions de formation à l'animation, offertes par le Carrefour, veulent fournir des outils de fonctionnement et de développement aux associations; elles veulent également favoriser l'émergence de leaders régionaux et assurer la relève au sein des groupes. Les sessions sont le biais qui permet aux membres du Carrefour de prendre en main les structures régionales, ainsi qu'un stimulant à la réflexion sur la dimension collective de la monoparentalité.

Ces perspectives collectives ne doivent pas nous faire oublier la situation de la personne face à l'association. En somme, l'individu fait face à l'organisation d'une nouvelle vie pour lui-même et pour les enfants dont il a seul la charge.L'association lui fournit l'occasion d'une croissance personnelle et de la création de nouveaux amis; elle peut être aussi le motif d'un engagement individuel face aux

luttes sociales à mener. Pour qu'un regroupement fonctionne bien, il est important que le désir d'association vienne des gens, que ce soit un besoin partagé par les individus concernés: dans ce cas, les activités seront créées selon la suggestion des intéressés et ceux-ci en auront le contrôle. Nous croyons aussi qu'un champ d'action spécifique autour duquel gravitent des personnes aux intérêts communs aide à créer une solidarité. Partager des responsabilités laisse aux autres l'occasion de s'affirmer et de faire confiance à leurs moyens. Voilà des éléments identifiés comme importants au bon fonctionnement d'un regroupement.

CONCLUSION

Quelles sont les principales qualités qu'attendent les membres des associations chez les professionnels qui collaborent avec eux? Une première caractéristique est sûrement de savoir saisir la dynamique spécifique de la famille monoparentale et la phase d'évolution où elle se trouve. Les praticiens sont souvent dans des situations privilégiées pour rencontrer de telles familles et pour vérifier avec elles s'il est opportun de s'adresser à une association. Chacun verra le lien et la différence entre son travail habituel de professionnel et les différents rôles afférents à la collaboration avec une association, comme consultant, personne ressource ou animateur. Enfin, dans une orientation vers l'autonomie et vers l'entraide les professionnels éviteront de créer une dépendance à leur égard et limiteront l'extension de leur rôle en découvrant et en utilisant les ressources et les forces présentes chez les membres de l'association, et dans la dynamique du groupe lui-même.

BIBLIOGRAPHIE

Le défi de la famille à parent unique dans notre société. (Rapport du colloque sur les familles monoparentales tenu à Sherbrooke le 27 octobre 1973).

Enoncé de principe sur une nouvelle orientation des politiques concernant la famille monoparentale, Conseil consultatif de la situation de la femme, 1976.

Seul dans un monde à deux, (Rapport du Conseil national du bien-être social sur les familles monoparentales du Canada, 1976).

Pauvre et seule, Quelques données sur les femmes chefs de ménage, Conseil canadien de développement social, 1976.

Documents produits par le Carrefour des associations de familles monoparentales du Québec (C.A.F.M.Q.):

Mai 1976 - Mémoire sur l'insuffisance du revenu.

Mai 1977 - Mémoire sur les camps de vacances.

Novembre 1977 - Mémoire portant sur la situation des femmes chefs de famille, vivant de l'assistance sociale.

Mai 1977 - Rapport de l'atelier de réflexion sur la situation de la monoparentalité.

Mai 1977 - Rapport de l'atelier de réflexion sur les regroupements de familles monoparentales.

PROGRAMME DE SENSIBILISATION A LA VIE

FAMILIALE

PROGRAMME DE SENSIBILISATION A LA VIE FAMILIALE

Paul-Marcel Gélinas

DEFINITION

Ce programme offre aux parents une expérience vécue qui les aide à se sensibiliser à l'importance de leur comportement (leurs paroles, leurs attitudes et leurs actions) sur le développement de l'enfant durant les trois ou quatre premières années de son existence.

Face aux changements profonds que subit la cellule familiale et de leurs effets sur ses membres, l'Association canadienne pour la santé mentale a cru nécessaire, dans une optique de prévention et de promotion, de poursuivre une initiative dont les objectifs sont de renforcer les relations entre parents et entre ceux-ci et leurs enfants. Peu importe la forme que prendra la famille de demain, il n'en reste pas moins que les parents et les enfants auront toujours besoin de concevoir leur interdépendance, de communiquer entre eux et de se comprendre, surtout lorsque les enfants en sont encore aux premiers stades de leur développement.

Prenant comme point de départ que l'enfant, vers l'âge de trois ans, cesse de vivre dans son monde imaginaire et commence à percevoir sa réalité distincte, personnelle et individuelle, l'association, par ce programme, veut éveiller l'atten-

tion du père et de la mère sur la nécessité de leur présence réelle et intense comme modèles observés par l'enfant. Le programme offre alors aux parents une expérience permettant de mieux comprendre la portée de leur influence sur le développement de l'enfant avant même que le comportement et les habitudes de ce dernier ne soient fixés.

Ce sont les parents qui, avant tout, sont invités à s'arrêter un moment et à considérer, de façon objective, leur manière d'agir et leurs attitudes par l'observation du comportement de l'enfant de trois ans, lequel commence à s'affirmer comme individu distinct. A cet âge, l'enfant a besoin de modèles qui lui serviront de guide dans son insertion sociale. Ce sont les parents qui ont alors la première responsabilité de faciliter le développement normal de l'enfant.

A courte échéance, c'est aux parents que s'adresse le programme de sensibilisation à la vie familiale. Ils y trouveront une occasion unique de repenser l'orientation de leur vie et celle de leur famille, en découvrant la réalité humaine à travers leurs enfants. A longue échéance, ce sont les enfants qui bénéficieront de ce programme, en ce sens qu'une meilleure compréhension de leurs propres besoins, face à ce que leurs parents attendent d'eux, facilitera leur développement et leur permettra de vivre plus facilement l'étape de la socialisation.

OBJECTIFS

Observation

La première phase du P.S.V.F. est l'observation. C'est par le biais de l'observation des enfants que les parents peuvent, au sein du programme, prendre conscience de leurs attitudes vis-à-vis d'eux-mêmes et de leurs enfants et en arriver à accepter ces derniers tels qu'ils sont.

Prise de conscience

Beaucoup de parents ont de la difficulté à se rendre compte que leurs comportements, leurs attitudes, leurs paroles ont un effet direct sur le développement de l'enfant. Le programme place les parents dans une situation telle qu'ils peuvent observer, selon leur compétence, leurs propres attitudes et réactions vis-à-vis d'eux-mêmes et de leurs enfants.

Expression

Le P.S.V.F. cherche à habituer les parents à exprimer verbalement leurs observations, leurs sentiments, leurs problèmes et leurs expériences. Une fois la prise de conscience réalisée, l'expression verbale aide à mieux définir la situation que l'individu vit.

Communication

Le programme a aussi pour objectif d'amener les parents à communiquer de façon claire et directe entre eux et avec leurs enfants, que ce soit verbalement ou non.

Rôle des parents

Le P.S.V.F. veut inciter les pères et les mères à prendre davantage conscience du rôle que chacun d'eux pourrait jouer dans l'éducation de leurs enfants. Il permet de mettre en valeur ce que les parents font de bien, de remettre en question certaines de leurs attitudes et de les encourager à les améliorer.

DESCRIPTION DU PROGRAMME

Le programme de sensibilisation à la vie familiale, qui groupe dix unités familiales, comprend trois phases qui se répètent sur une période de dix semaines à raison d'une fois la semaine:

1 - un laboratoire de jeu pour les enfants (9h à 10h ou 13h30 à 14h30), alors que les parents les observent sans intervenir,

2 - une séance de discussion entre les parents présents (10h à 11h ou 14h30 à 15h30) en présence de l'animateur,

3 - une séance de discussion entre les couples de parents le soir (19h30 à 21h), en présence de l'animateur.

Il est important de respecter ce rythme, il favorise une meilleure assimilation de la part des parents.

Laboratoire de jeu

Pendant une heure (temps nécessaire pour pouvoir s'exprimer), les dix enfants s'y amusent librement. Ils peuvent y faire des expériences valables de contacts humains, d'initiatives personnelles, de vie commune, et. Les parents sont présents à ce laboratoire. Avec l'animateur, ils observent en silence le comportement de leur enfant et celui des autres, tout en remarquant leurs réactions entre eux et avec les moniteurs. Il évitent le contact avec leur enfant.

La période de laboratoire doit être respectée. On ne doit pas la raccourcir sous prétexte d'allonger la période de discussion. L'heure d'observation est nécessaire pour permettre aux parents de se reconnaître eux-mêmes dans le comportement de l'enfant. C'est en partant de faits concrets vécus, observés au laboratoire, que les parents sont amenés à la deuxième phase du programme.

Séance de discussion entre les parents (le jour)

Les parents, pendant que les enfants demeurent au laboratoire avec les moniteurs, se rendent alors dans une autre salle afin d'échanger, sous la direction d'un animateur familial, leurs observations sur le comportement des enfants.Durant une heure, à partir des actes et des faits vus au laboratoire, ils partagent des expériences vécues dans la famille et abordent toutes sortes de sujets susceptibles de contribuer à une meilleure compréhension de leurs attitudes personnelles en relation avec leur enfant ainsi qu'avec les autres membres de la famille.

Séance de discussion entre les parents (le soir)

Le soir, les dix pères et mères (sans leurs enfants) se retrouvent pour une période d'environ une heure et demie, afin de revivre les observations faites au laboratoire, de discuter les principes généraux d'éducation et d'approfondir le rôle des parents par la discussion de leurs relations avec leurs enfants. C'est sous la direction du même animateur que cette séance de discussion se déroule.

Le choix des familles

Il n'y a vraiment pas de limites dans le recrutement des familles. Il est même recommandé que des familles de niveau économique, de religion ou de statut social différents soient réunies dans un même programme. L'exigence à souligner touche au respect de l'engagement que prennent les parents quand ils s'inscrivent au programme. Ils se le doivent à eux-mêmes, afin de ne pas s'exposer à abandonner le programme en cours de route. Ils le doivent aussi à l'enfant pour qui l'expérience de quelques séances de laboratoire serait insuffisante pour le mieux connaître. Enfin, ils le doivent au groupe qui ne profitera pleinement du programme que si toutes les personnes qui le forment sont présentes régulièrement.

Le choix des enfants

Dans le choix des enfants, comme dans le recrutement des familles, l'association a le moins d'exigences possible. Cependant, il existe une ligne de conduite à observer. Tout d'abord, il est très important de respecter l'âge de l'enfant. Basant son approche sur la psychologie du développement de l'enfant, l'association

exige une limite d'âge qui corresponde aux aptitudes des candidats. Le programme ne doit accepter que des enfants de 3 à 5 ans. Ils doivent être réunis par groupes ne dépassant pas six mois de différence d'âge entre eux: de 36 à 42 mois ou de 43 à 50 mois. Les enfants sont admis quels que soient leur sexe, leur race, leur handicap physique, etc., pourvu que l'âge soit respecté.

Rôle de l'animateur

"L'animateur familial" ne doit pas être confondu avec le spécialiste de la dynamique de groupe. Il est à souligner que la sensibilisation dont il est question ici n'a pas la profondeur de celles des groupes dits "de sensibilisation". Le rôle de l'animateur du programme consiste à observer les parents et les enfants au laboratoire de jeu et à animer la séance de discussion qui suit et celle du soir. Son rôle est surtout celui d'un modérateur. Au laboratoire, il doit observer le comportement de tous les enfants sans intervenir aucunement; durant cette période ce sont les moniteurs qui ont charge des enfants. Aux séances de discussion, l'animateur doit faciliter la participation libre et spontanée de toutes les personnes présentes.

Rôle du moniteur

La responsabilité au laboratoire repose sur le moniteur. C'est lui qui voit à la libre circulation et à la libre expression des enfants placés dans une situation de jeu et de contact social avec des enfants de même âge. Son rôle diffère essentiellement de celui d'une jardinière diplômée ou d'un spécialiste habitué à diriger des activités éducatives ou récréatives. Son attitude est non directive durant la

première heure, et il n'interviendra que pour éviter des incidents vraiment fâcheux.

Rôle des bénévoles et financement

L'Association canadienne pour la santé mentale se préoccupe toujours, dans la mise sur pied et le financement de ce programme, de respecter son aspect communautaire. La responsabilité de l'organisation d'un programme est confiée à un comité de bénévoles. Ce sont ces personnes qui s'assurent de trouver un local et l'équipement nécessaire pour le laboratoire. Les bénévoles s'occupent aussi du recrutement des parents, de l'accueil des enfants et de l'organisation matérielle du programme. Sur le plan du financement du programme, les bénévoles auront parfois à solliciter l'aide de clubs sociaux ou d'industries pour aider à défrayer les coûts de loyer, d'opération, de menues dépenses (café, lait, etc.). A date, les commissions scolaires ont accepté ce programme dans le cadre de l'éducation des adultes et par le fait même ont défrayé les honoraires de l'animateur.

EVALUATION

Jugement global sur les résultats du programme

L'Association canadienne pour la santé mentale voit, dans ce programme de renforcement des relations interpersonnelles, une intervention positive susceptible d'améliorer le dialogue entre les parents et de favoriser le respect de l'indivi-

dualité de l'enfant. C'est une approche nouvelle qui fait appel à toutes sortes de ressources communautaires et un travail d'équipe qui force à repenser le rôle des professionnels.

Les parents ont découvert dans ce programme une information précieuse, qui leur permet de faire une rétrospective sur eux-mêmes et sur leurs attitudes face à la psychologie de l'enfant. En effet, la très grande majorité des parents ont affirmé que le programme leur a fait reconnaître l'enfant comme un individu à part entière, avec ses goûts, ses aptitudes, son caractère et son comportement. D'autres parents ont découvert, pour la première fois, à l'occasion d'une pathologie chez leur enfant, des principes généraux qui auraient pu les aider. N'ayant jamais eu de formation particulière sur l'éducation des enfants, les parents déplorent qu'ils aient été laissés seuls dans cette aventure. Enfin, d'autres parents ont reconnu que, sans s'en rendre compte, ils avaient cherché à transmettre chez leur enfant, leurs propres habitudes, leur propre comportement et parfois leurs propres défauts. Ce programme leur apparaissait alors comme une révélation et aussi une forme de réassurance et d'ouverture d'esprit.

Réussites et échecs

Dans la conduite du programme, l'association n'a jamais reçu un témoignage défavorable ni sur la valeur du programme, ni sur sa structure ou son mode de fonctionnement, et cela après avoir rejoint plus de 3 000 familles. Une difficulté toutefois mérite d'être soulignée, c'est celle d'obtenir la participation des pères à ce programme. Néanmoins, quand les pères y ont participé, le programme s'est toujours révélé un succès. Cette observation ne fait que confirmer qu'au Québec comme ailleurs l'éducation des enfants est l'affaire des mères.

Facteur de développement

C'est la satisfaction des participants qui a amené le programme à se développer. La publicité faite de bouche à oreille s'est révélée plus efficace que le recrutement officiel fait à l'occasion de l'établissement d'un premier programme dans un district ou une ville.

Comparaison

- C'est l'aspect non pathologique du programme même, sous l'étiquette de la santé mentale, qui a permis à l'association de maintenir et de développer ce programme.

- Comparativement à d'autres programmes dont la fonction est d'enseigner, le PSVF, qui a adopté la formule de sensibilisation, cherche surtout la participation des candidats. Cet aspect a particulièrement attiré les parents à s'inscrire. Plusieurs parents, qui auparavant avaient suivi des cours sur l'éducation des enfants, ont affirmé que l'expérience du PSVF, où ils se sont d'abord sensibilisés eux-mêmes à la relation parents-enfants, les aidait à mieux mettre en pratique l'enseignement qu'ils avaient reçu aux cours.

- Comme dernière observation, il est à noter que l'association fait de cette initiative une entreprise communautaire, en ce sens qu'un comité de bénévoles se charge de la mise sur pied du programme, de sa conduite et de son administration matérielle. L'association agit comme coordonnateur et propagandiste, soucieuse de préserver la qualité de l'entreprise, sa philosophie et son déroulement.

EQUIPEMENT

Expérimentation

1 - meubles à l'échelle des tout petits; tables, chaises, étagères de rangement;

2 - articles de jeu: peinture digitale, gouache, pâte à modeler, papier à plier, gros pinceaux faciles à manipuler, bassins d'eau, petits pots entonnoirs, figurines, articles qu'on trouve ordinairement dans la maison et qui font appel à l'imagination;

3 - jouets traditionnels: pour les fillettes: poupées, maisonnette, meubles et vaisselle de poupée, graines à enfiler, petits berceaux, etc; pour les garçonnets: voiturettes, camions, trains, petits soldats; pour tous: blocs à images, blocs pour construction, jeux de lettres ou de chiffres, jeux avec pions, etc.;

4 - articles de travesti: chapeaux, costumes de mascarade, vieux vêtements, souliers à talons hauts, etc.

Accueil: approvisionnement nécessaire à un goûter: jus de fruit, café, lait, biscuits, pour les parents et les enfants.

Pour obtenir des renseignements additionnels sur le programme, s'adresser à l'Association canadienne pour la santé mentale, 550 ouest, rue Sherbrooke, suite 1080, Montréal H3A 1B9, Québec, Canada (514) 849-3291.

INTERVENTIONS D'UNE EQUIPE DE SANTE MENTALE AUPRES D'UNE POPULATION A RISQUES ELEVES

INTERVENTIONS D'UNE EQUIPE DE SANTE MENTALE AUPRES D'UNE POPULATION A RISQUES ELEVES

Jean-Marie Leduc

INTRODUCTION

Nous avons travaillé dans un cadre mi-rural, mi-urbain, d'une vingtaine de milles de rayon, avec une population de 75 000 habitants environ. L'équipe assignée à ce territoire comprenait, en plus d'une secrétaire, un psychologue, une travailleuse sociale, un psychiatre, une ergothérapeute et un psychopédagogue. Les demandes de consultations individuelles se limitant à une centaine par année, nous avons pu consacrer une partie de notre temps à des consultations auprès d'organismes référants et à des activités préventives, dans le but de détecter des pathologies plus précocement, d'empêcher certains cas de se détériorer davantage et, si possible, de prévenir l'éclosion de nouveaux cas.

Souvent, l'activité thérapeutique chevauchait l'activité préventive. Des pathologies lourdes (retrait, opposition, symbiose, troubles d'apprentissage, troubles caractériels) sont parfois ainsi découvertes, syntones au milieu ambiant. Ailleurs, des milieux sont découverts comme extrêmement perturbateurs et générant des problèmes qui vont en s'aggravant, après avoir passé toutes sortes d'étapes sans traitement (cour, classe spéciale, école spéciale, centre d'accueil). Les prévisions dans ce domaine ne sont qu'ébauchées par les chercheurs.(1)

Chaque membre de l'équipe avait une conception différente du milieu, selon sa formation, son expérience, ses affinités naturelles. Nous avons pensé mettre cela à profit pour améliorer le service à la population et répondre aux demandes qui nous étaient faites en tant qu'équipe de psychiatrie, même si elles n'émanaient pas de patients, en particulier ceux qui étaient bien "identifiés" et bien "motivés".

Cette orientation nous a amenés à expérimenter différents programmes: garderies, groupes sociaux, groupes d'étudiants adultes, services aux étudiants du secondaire, service social, groupes conjoints pédagogue-psychiatre au primaire. Certains ont été repris sous différentes formes, d'autres rejetés. Nous voulons ici décrire deux de ces programmes qui ont suscité le plus d'intérêt chez les cliniciens qui en ont été informés.

I - L'équipe psychiatrique rencontre des "gangs" du secondaire.

II - Les parents, en cours du soir, parlent de leur enfant avec un psychiatre.

I - L'EQUIPE PSYCHIATRIQUE RENCONTRE DES "GANGS" DU SECONDAIRE

Quand on lit dans les journaux qu'un élève de polyvalente a tué un camarade ou un professeur, chacun se pose des questions. La réflexion qui revient chaque fois: "c'était imprévisible, il était si sage, il avait de si bons parents, le professeur était aimé et respecté". Pas plus d'un jeune sur dix ou vingt, selon les milieux, ne poursuit une consultation demandée par l'école secondaire. Tout le personnel connaît le secteur le plus exposé: il s'agit du secteur professionnel. On y voit

les cas difficiles, où se retrouvent échecs scolaires, difficultés d'apprentissage, familles désunies, sévices corporels, changements de foyer, difficultés financières, instabilité géographique, perte de temps due à la maladie, accidents et, finalement, abandon de l'école à 14, 15 ou 16 ans.

Objectifs:

A cause des limites de la consultation, nous avions après deux ans commencé à travailler avec ces groupes dans le milieu; nous savions que nous pouvions, sans les affubler de diagnostics ni leur imposer d'évaluations sans lendemain, travailler avec eux sur leur terrain. La troisième année de notre expérience, 75 jeunes, garçons et filles de 13 à 18 ans, furent rencontrés. Nous les connaissions comme particulièrement menacés en tant que groupe (deux noyades, accidents, tentatives de suicide, meurtre et viol de deux fillettes, en quatre ans, dans ce secteur). L'objectif était de poursuivre la formule et, si possible, la rendre plus thérapeutique. Les années précédentes nous avaient donné quelques exemples d'échecs: un groupe dissout parce que le responsable pédagogique n'admettait pas la méthode, un autre parce que le directeur de discipline invité s'était montré trop rigide concernant la cigarette. Nous avons donc repris la formule de "groupes naturels" de rencontre, avec l'équipe psychiatrique (psychiatre, travailleuse sociale dans un high school; psychiatre, ergothérapeute, psycho-éducateur à la polyvalente). Cette activité se déroulait sur une base volontaire. La référence, non formelle, était donnée par des amis ou suggérée par les services aux étudiants ou par les professeurs.

De l'approche analytique, nous retenions les règles d'abstinence, de restitution, d'anonymat parfois un peu amochées. L'approche rogérienne était beaucoup

plus applicable mais limitée par les "acting-out" (bris, bruit) non tolérés par l'école. L'écoute tolérante et la clarification constante des demandes qui ont fait le succès des "drop in centers" nous semblaient plus pratiques. Nous devenions même didactiques, lorsque les jeunes demandaient des informations théoriques: maladie, drogue, physiologie, sexe, psychiatrie. Les jeunes apprécient une attitude très interventionniste, assez inhabituelle en thérapie. Nous nous sommes cependant gardés de dogmatiser ou de prendre une attitude autoritaire. Nous avons aussi enseigné des techniques "behaviorales" (conditionnement, relaxation), et les jeunes se les enseignaient parfois entre eux. Nos interventions verbales se comparaient aux leurs. Il nous a paru particulièrement précieux d'être une équipe mixte de thérapeutes dans les groupes à prédominance tantôt féminine, tantôt masculine, où toujours les problèmes de rôle et de rivalité des sexes étaient présents.

Notre expérience recoupe souvent les techniques et le fonctionnement rapportés dans l'excellent livre de Leslie Button: "Developmental group work with adolescents" (2). Nous y avons retrouvé les mêmes limites, provenant de la difficulté d'évaluer les résultats.

Description:

Au High School anglophone: nous avions déjà deux ans d'expérience de ce genre et il fut très facile de proposer de nouveau d'y faire des groupes. Les services aux étudiants s'y attendaient et le souhaitaient, sans avoir de mesure réelle de leur efficacité. Ils étaient pris entre deux feux, puisque l'administration craignait encore le bris et le bruit. On nous alloua un local 10 x 12 où les jeunes, sitôt informés de la "reprise" des groupes sont venus s'entasser gaiement.

Il fallut environ deux mois de réunions hebdomadaires pour compléter les groupes de 15, limite qui avait été discutée et acceptée en groupe "afin de pouvoir se dire des choses plus personnelles". Une deuxième règle était que ces groupes seraient toujours constitués des mêmes personnes. (Auparavant, les jeunes passaient de la 1ère à la 2e ou à la 3e période et, parfois, assistaient aux trois périodes). Cela dura toute l'année scolaire. Ces règles furent contestées parfois mais toujours réglées à la majorité du groupe, incluant les thérapeutes. Le mobilier (bureau, chaises) était disposé le long des murs par les thérapeutes avant l'arrivée des jeunes; cela empêchait un peu la formation de sous-groupes s'ignorant les uns les autres.

Les participants étaient pour la plupart des jeunes des années précédentes, leurs frères ou soeurs, leurs amis, ou quelques nouveaux, référés en cours d'année par les "Guidance Counsellors" quand le groupe n'avait pas atteint le nombre de 15. On admit même une fois une amie "en visite de Toronto". Ils vinrent fidèlement (nous soulignions les retours) jusqu'à la fin de l'année (85 à 90% de présences).

L'atmosphère variait. Elle était légère et gaie quand il était question des "parties" de fin de semaine. Les participants étaient intéressés et attentifs quand il s'agissait de perversion, anxieux et défensifs sur les relations sexuelles, sympathiques lorsque l'un des participants décrivit la maladie mortelle dont il était atteint. Taquins sur les questions touchant personnellement les thérapeutes, question de langue, ils venaient à notre rescousse spontanément pour traduire quand leur "slang" était trop hermétique. Ils étaient très agressifs en discutant des parents, déprimés et aigris par les grèves qu'ils semblaient voir comme un rejet. Ambivalents sur la question des longues études, ils étaient plutôt négatifs vis-à-vis des carrières universitaires. En apprenant le mariage de la travailleu-

se sociale, ils se demandaient si c'était avec le psychiatre, si le psychiatre avait des enfants. Le groupe devint de plus en plus autodiscipliné et verbal. Les jeunes embellissaient leur apparence à mesure que l'année avançait. Ils sortaient de leur attitude retirée pour dire leur opinion. Certains, débraillés au début, étaient "renipés" à la fin; d'autres, perturbateurs au début, devenaient particulièrement calmes et contrôlés à la fin.

Les jeunes aussi bien que les thérapeutes voulaient faire le point. On posait régulièrement la question: "pourquoi ces groupes?". La première réponse des jeunes était toujours la même: pour ne pas aller en classe. Parfois, ils ajoutaient: parce qu'on peut parler ici à des adultes qui nous écoutent. Les jeunes pensaient que nous voulions faire des expériences, des publications. Ils restaient perplexes devant notre réponse. Cela nous semble une implication utile pour une équipe psychiatrique de secteur.

Au son de la cloche, il devenait visible, par le délai que les jeunes mettaient à vider la place, combien ils étaient plus intéressés que leurs discours fantasques ne le laissaient croire. Et ils revenaient, beau temps, mauvais temps, grève ou pas, parfois exclus de l'école ou recherchés par les policiers. Lorsqu'un groupe nous fit part d'une bataille rangée et de cachette d'armes, nous avons eu franchement peur, mais le tout s'est réglé sans blessure et sans notre intervention. Nous avons souvent, comme couple, écopé de l'agressivité que les jeunes pouvaient ressentir vis-à-vis de leurs parents. Mais cela devint plus compréhensible quand ils acceptèrent de nous en parler (belle-mère exigeante, père alcoolique, etc.).

<u>Dans la polyvalente francophone</u>: nous n'y avions formé des groupes que durant quelques mois, l'année précédente, et tous ces jeunes du début avaient quitté l'école. Nous avons alors proposé de former, à nouveau, des groupes aux services aux

étudiants qui nous reçurent assez froidement. L'infirmière était vendue à l'idée, le psychologue préférait des groupes plus formels. Les professeurs de "classes spéciales" rencontrés se sont montrés enthousiastes, mais ils craignaient qu'on mentionnât le mot "psychiatrie". L'équipe, psychiatre et ergothérapeute, alla dans quelques classes lancer l'invitation.

Dès la semaine suivante, au lieu dit, nous recûmes deux groupes constitués d'amis, en gang. Un premier parut nettement plus verbal. Au second, nous avions décidé de proposer un médium d'expression comme le dessin, technique avec laquelle l'ergothérapeute était plus familière. Après deux mois, vint s'ajouter un psychoéducateur qui fit pour sa part un troisième groupe dont il ne sera pas question ici.

Chaque groupe se réunissait dans une salle de classe; les thérapeutes y plaçaient les chaises en cercle avant l'arrivée des jeunes. L'atmosphère était très tendue, les "acting-out" fréquents (bruits, coups, départs, bris, feu). La tendance à fractionner le groupe et à s'ignorer les uns les autres a duré presque jusqu'à la fin, dans les situations critiques. L'ergothérapeute dut quitter ces groupes après environ six mois, les techniques propres à sa formation n'étaient pas particulièrement utilisées par les jeunes (le dessin avait été abandonné après quatre séances). Désirant limiter son activité aux groupes plus jeunes, elle se préparait d'ailleurs à quitter son poste dans notre équipe. Les jeunes posèrent des questions sur son départ et manifestèrent de l'intérêt et de la tristesse. Ils poursuivirent néanmoins leur participation en dépit de ce départ.

Chez les jeunes, il y eut plus d'absentéisme. Le premier groupe diminua puis cessa de venir après quatre mois. Le second cessa de dessiner et de discuter les dessins pour parler, mais continua jusqu'à la fin. Il s'y ajouta quelques membres

du premier groupe et il se maintint avec de 12 à 15 membres.

Les jeunes devinrent plus contrôlés. Le psycho-éducateur, utilisant le jeu de rôle, leur faisait parfois échanger leur place lorsqu'ils avaient de la difficulté à percevoir les sentiments de leurs compagnons, ce qui avait pour effet de leur révéler certains problèmes et d'ébaucher des solutions.

Il y eut un long combat de "leadership", lequel passa aux filles à un moment donné pour revenir aux garçons. Les tentatives de séduction observées entre garçons et filles par un des participants amenèrent les jeunes à parler amour, sexualité et à devenir beaucoup plus à l'aise pour prendre la parole. L'atmosphère devint plus chaleureuse à la fin. Les filles semblaient plus séductrices vis-à-vis des thérapeutes masculins que vis-à-vis de leurs camarades, de même pour les garçons vis-à-vis de l'ergothérapeute.

Au début, on racontait des accidents célèbres, des embardées, des risques "pris sur le pouce" puis, à mesure que l'année avançait, on commençait à concentrer davantage l'attention sur ce qui se passait dans le groupe, ce à quoi visaient surtout les interventions du psychiatre. Un conflit entre deux filles se régla un jour par une bataille en règle. Les gars, eux, ne se gênaient pas pour se rudoyer assez souvent. Les cothérapeutes ont éprouvé des difficultés à trouver le mode d'intervention juste et le plus efficace. Pour ce genre de travail, le psychiatre a bénéficié de son expérience en cothérapie décrite précédemment et y a emprunté l'essentiel de ses modes d'intervention. Le psycho-éducateur possédait une expérience en internat de rééducation; l'ergothérapeute a cherché dans sa discipline propre, mais ses techniques ne lui paraissaient pas très adaptées à cette situation.

Là encore, nous avons eu souvent l'impression que ces jeunes étaient particulièrement menacés physiquement: - "Mon chum s'est fait couper les deux jambes hier, on jouait à glisser en se traînant après un train". - "J'ai invité mon ami pour Noël, son père s'est pendu l'an passé". - "Moi, mon père, quand il est content, il sort dans la rue et il tire avec son 12". Nous avons pu, par ces groupes, reprendre contact avec des patients qui nous avaient été référés, psychotiques en rémission, automutilateurs, etc., qui retrouvaient un certain équilibre dans ces groupes sans accepter de nous revoir individuellement.

Evaluation

Il y eut quelque différence entre le high school et la polyvalente. Les groupes anglophones en étaient à leur troisième année de rencontres (pour un tiers des participants au moins). Nul n'était contraint, et nous tentions toujours de clarifier les intérêts que chacun des participants y avait. Nous ne prenions pas les présences et ne donnions pas de billets, laissant cela aux secrétaires du service et aux jeunes s'ils en voulaient.

Les jeunes appréciaient dans ces groupes de pouvoir parler et être écoutés sans censure ni sanction. Leur intérêt et leur fidélité égalaient les nôtres. L'atmosphère de discussion franche et la solidarité de leur "gang" rendaient leur rencontre avec l'équipe psychiatrique beaucoup moins menacante, ce qui se traduisait par des salutations enjouées sur la rue ou dans les corridors, au lieu de les voir raser les murs, nous jetant un ragard furtif comme auparavant. Les sujets abordés spontanément, en plus d'une contestation occasionnelle de la règle des quinze étaient les suivants: orientation scolaire, argent, situation politique, difficultés familiales, maladie, haine, violence, vol, grèves, sexualité, contrôle.

Pour les autorités, les groupes représentaient une contestation provocante des règles qu'elles instauraient: présence au cours, pas de cigarette, se tenir tranquille, être poli avec les adultes. Un directeur nous a demandé un rapport écrit sur notre projet, mais nous avons préféré les rencontres en personne. La direction semblait tolérer ou traiter avec nous par les services aux étudiants. Un des témoignages que nous avons retenu d'un directeur de discipline qui connaissait les cas problèmes d'une année à l'autre: "Les années passées, je voyais une dizaine de gars par jour pour bris ou autre infraction, maintenant, depuis ces groupes, j'en vois deux ou trois et on peut leur parler". D'autres nous disaient que les chargés de discipline devenaient plus conciliants depuis leur contact avec les groupes.

Les professeurs, sceptiques au début, pour ne pas dire incrédules, ne savaient pas comment les jeunes répondraient. Puis, certains ont voulu nous voir en action et sont venus dans les groupes. Ils ont été reçus plutôt froidement, ne pouvant se départir de leur attitude autoritaire. Rencontrés sans les jeunes, ils avaient peu à dire sur eux, ne les ayant pas connus les années précédentes ou ne les voyant que quelques heures durant la semaine. Ils paraissaient souvent surpris que tel jeune eût passé son année. Ils étaient un peu déçus de n'être pas dans le coup et demandaient à être rencontrés davantage. Lorsqu'elle a été proposée aux groupes, l'introduction d'un observateur a toujours été refusée. De même pour la proposition de rencontrer les parents.

Les parents ont eu quelques commentaires favorables sur l'évolution de leur enfant (par personnes interposées). Certains ont été très inquiets d'apprendre que leur enfant fréquentait tel groupe, craignant qu'ils ne soit devenu alcoolique ou drogué à leur insu. En général, cependant, ils ont été peu engagés dans cette approche.

Les thérapeutes ont eu la tâche ardue par moments, vivant au début des séances "d'acting-out" presque continuelles pendant six mois, avant de voir des progrès vers une plus grande capacité d'échange, de contrôle, d'expression, de chaleur. Les résultats paraissaient très variables pour les différents individus, énormes pour certains qui en étaient à leur deuxième ou troisième année, moins frappants pour d'autres. Certains qui avaient quitté le groupe paraissaient y rester intimement reliés et parfois y revenaient aussi mûris et présents que s'ils ne l'avaient pas quitté. Nous avons souvent pu constater, à cause du fait qu'ils s'agissait d'un gang naturel, que les discussions amorcées aux rencontres se poursuivaient hors de la session tout comme la vie de leur gang était apportée comme matériel à discuter à la rencontre.

Nous n'avons pas pu constater avec certitude un effet sur les aptitudes d'apprentissage, mais plutôt sur l'attachement à leur travail, la valorisation d'eux-mêmes et de leur vie, et un intérêt non déguisé pour établir des liens avec les thérapeutes. Ils nous ont paru en meilleure santé physique, plus soigneux de leur apparence. On n'a vu aucune novade et il n'a eu qu'un seul plâtre durant la dernière année. Les jeunes, par notre intervention, ont ainsi bénéficié d'une activité qui fait malheureusement défaut dans les écoles secondaires actuelles et qui leur assurait une quarantaine d'heures de réflexion et d'expérimentation sur eux-mêmes, sur leur contrôle, sur leur connaissance propre et leur fonctionnement social, et cela sans aucune rigueur académique, sur une base volontaire.

Les services aux étudiants étaient d'avis partagés lors des évaluations que nous leur demandions. On nous priait de poursuivre cette activité, jugeant l'atmosphère plus détendue dans le service. On s'y sentait "moins chargé de mauvais cas". Ceux qui recevaient un traitement reconnaissaient qu'il pouvait y avoir dup-

plication, sans s'en formaliser cependant. D'autres étaient sceptiques. L'appui venait surtout du psychologue, du "guidance counsellor" ou de l'infirmière, moins des conseillers en orientation.

II - DES PARENTS EN COURS DU SOIR RENCONTRENT UN PSYCHIATRE

Certains organismes nous ont paru indiscutablement mieux équipés pour atteindre un certain niveau de problèmes psycho-sociaux (Carrefour du partage, C.L.S.C.,clubs sociaux). Nous y assurions une collaboration entière mais ne pouvions offrir de formule plus avantageuse et ne voulions pas nous substituer à eux. Une animatrice d'un cours de "Formation des adultes" (travailleuse sociale ayant travaillé 11 ans en psychiatrie) nous invita un jour à une séance d'information. Il s'agissait de présenter nos services de Psychiatrie Jeunesse. En relevant les caractéristiques de ses sujets, nous avons constaté qu'elles recoupaient parfaitement notre population à risque élevé en psychiatrie infantile (foyers séparés, divorcés, peu scolarisés, en difficulté financière, enfants en placement, mères mineures).

Plusieurs publications font état de cours formels aux parents sur le développement des enfants, sur les techniques "behaviorales", sur les étapes d'apprentissage, particulièrement en milieu défavorisé (4). Les conclusions sont plutôt encourageantes et reliées à la participation des parents. Plus il y a d'engagement,plus il y a de progrès. Nous espérions ainsi par une série de cours (huit) intervenir de façon précoce sur des enfants en puissance de difficulté.

Description

Ces gens se rencontraient déjà depuis longtemps dans le cadre de divers projets d'animation (journal, programmation d'action sociale) et avaient une certaine habitude de travailler ensemble. Certains étaient inscrits depuis trois ans aux cours de formation pour adultes, de jour ou de soir. Après la séance d'information au cours de laquelle nous avions été invités, nous proposâmes la formation de groupes de discussion. Les groupes s'organisèrent à quelques semaines d'intervalle: deux groupes de neuf et un groupe de six. Nous avons convenu avec eux, à mesure qu'ils se présentèrent, d'une série de huit cours d'environ une heure et quart. Ceci s'échelonna du début de mars à la fin de mai.

Habitués à élaborer ensemble avec le professeur les buts et le contenu des cours, ils centrèrent leur intérêt comme suit: apprendre à déceler les troubles des enfants, comment faire le partage de ce qui peut être réglé par les parents et ce qui demande l'aide de spécialistes? Quoi faire si les problèmes ne sont perçus qu'à l'école? L'apport des camarades dans les situations conflictuelles? Y a-t-il un aspect négatif à ce que les parents veuillent toujours bien faire? Suivaient des problèmes plus individuels: agressivité, punition, bris, sexualité. L'accord se fit finalement sur la méthode suivante: 1) à chaque rencontre, on décrirait un enfant en particulier pour en voir tout le contexte; 2) on pourrait garder une partie du temps pour reprendre le cas de la semaine précédente, en évaluer les résultats et faire les corrections qui s'imposeraient.

L'âge des enfants de ces gens variait: une des mères était enceinte, d'autres parents avaient des enfants dont l'âge pouvait atteindre 17 ans, mais il s'agissait surtout d'enfants de 4 à 6 ans. L'âge des parents s'échelonnait entre 16 et 38 ans

(maximum de 21 et 22 ans). La scolarité des parents allait de secondaire 3 à Cégep 2. Quant au statut matrimonial, 50% étaient mariés, 30% célibataires, 10% séparés, 10% vivant en concubinage. Sauf dans le second groupe (six) où il y eut quelques défections au début, tous les participants sont venus jusqu'à la fin.

La description des cas permettait à tous de saisir les données significatives pour le psychiatre et d'objectiver davantage leur vue sur leur propre problème.Les techniques enseignées étaient relativement simples et s'inspiraient des techniques "behaviorales". Le psychiatre de l'équipe avait été délégué à cette tâche pour laquelle les autres membres (travailleuse sociale, psychologue, psycho-pédagogue, ergothérapeute) ne se sentaient pas assez familiers. Nous avons pu constater combien les cas soumis ressemblaient à la clientèle de notre clinique: troubles du développement psychomoteur, négativisme, retard du développement intellectuel, retard de la parole, perte de contrôle, peur des étrangers, dévoration d'objets bizarres (vidanges), automutilation, hospitalisations fréquentes pour infections, maniérisme, repli d'allure autistique.

A quelques exceptions près les parents nous sont apparus beaucoup moins anxieux et défaitistes que ceux qui franchissaient le seuil de nos cliniques. Ils étaient peu défensifs et nous exposaient leur situation avec une grande franchise, sachant qu'il ne servait à rien de mentir devant tout le groupe qui les connaissait beaucoup mieux que nous et qui ne se gênait pas pour faire à l'occasion les corrections qui paraissaient nécessaires, que ce fût pour renforcer ou pour atténuer les affirmations qui paraissaient douteuses.

Au hasard des cas, nous donnions des notions théoriques sur les sujets suivants: développement, apprentissage, conditionnement, façonnement, extinction, apprentis-

sage par modèle, résistance au changement, généralisation des résultats, renforcement, aversion, relaxation. Aussi, nous ajoutions des éléments sur la vie affective des enfants: conscience, inconscience, instinct, autonomie, contrôle, fantaisie, motivation, etc. Dès les premiers cours, les cas étudiés et les plans proposés donnaient tellement de bons résultats que l'enthousiasme, quant aux possiblités d'amélioration, gagna les participants. Cela est allé jusqu'à vouloir nous faire voir les résultats à la fin du cours en organisant un "party" d'enfants.

Evaluation

Il faudrait ici revoir tous les cas individuellement, mais nous donnerons seulement quelques exemples. Une fillette de 5 ans que la mère croyait débile, qui ne parlait pas à l'école, était en classe de récupération et se blessait continuellement, pouvait à la fin dire onze mots pour faire entendre ses R, passer trois semaines sans une seule chute ou blessure, rouler en bicyclette devant sa mère heureuse et encore tremblante qui n'en croyait pas ses yeux. Un garçon de 12 ans, pensionnaire de semaine en institut de réadaptation, adopté récemment après avoir passé par de multiples foyers, qui volait, brisait et mentait, avait, après trois semaines, cessé de voler et devenait nettement plus coopératif. Un bébé de 13 mois, toujours malade, hospitalisé à toutes les six semaines, apprit en quelques semaines à marcher, à regarder son interlocuteur en disant quelques mots et cessa d'être malade.

En somme, les résultats ont été variables mais frappants. L'intérêt de cette expérience fut 1) de vérifier si des cas cliniques graves existaient dans ces milieux exposés 2) de voir si une telle méthode pouvait permettre de les rejoindre et de les traiter 3) de constater qu'aucun n'est reparti avec un diagnostic à traî-

ner dans ses dossiers 4) qu'un tel travail peut se faire dans le cadre de cours de perfectionnement pour adultes; 5) enfin, l'expérience fut très agréable tant pour le thérapeute que pour les élèves qui se sont sentis en possession de nouvelles aptitudes.

Parmi les enfants de ces parents, les cas les plus graves nous auraient éventuellement été référés, et ce type d'approche a sûrement changé leur "devenir" pour ne pas dire leur pronostic; ceci mériterait d'être étudié avec plus de recul. Une difficulté particulière de ce milieu fut de recevoir les communications qu'on nous faisait en aparté après les rencontres. Nous avons toujours remis à ceux qui les faisaient la responsabilité de les rapporter au groupe. Nous avons parfois décelé des pathologies importantes chez les parents (psychose délirante, phobie, dépression), mais nous avons assumé que cette pathologie était dans un état latent ou sous traitement ailleurs et nous nous en sommes tenus à la demande des participants qui était de discuter des problèmes de leurs enfants. Plus les parents paraissaient atteints, moins les résultats chez leurs enfants nous paraissaient évidents, alors que, à notre surprise, ces enfants paraissaient peu touchés.

A la suite de ces cours, certains songèrent à s'inscrire à notre clinique. Prudemment, nous leur recommandions de poursuivre les efforts entrepris durant deux ou trois mois et de consulter par la suite, s'ils le jugeaient encore nécessaire. Le personnage-clé de cette expérience fut l'animatrice de ces cours, qui inspira autant le psychiatre que ses élèves. L'expérience d'animation que les étudiants vivaient avec elle depuis des mois a été déterminante pour assurer le succès de nos cours. Une étudiante, douée pour la littérature, fit un résumé de ses acquisitions pour le journal étudiant. Les diverses demandes de poursuivre ces cours lors d'une prochaine session nous ont convaincus qu'ils avaient été appréciés.

CONCLUSION

Harrison et Delano (5), faisant le point sur les activités de prévention en psychiatrie de l'enfant, reconnaissent trois niveaux de connaissance. Un premier, groupant les connaissances basées sur une certitude scientifique. Un deuxième,celles qui, pour être convaincantes, sont tout de même discutables. Un troisième,dans lequel les entreprises diverses ou la controverse dépassent le consensus. Ces auteurs souhaitent l'apparition de tels projets d'études en milieu restreint mais ajusté à la société et bien au courant des progrès en psychiatrie. De même, Mahler accentuerait la prévention dans les secteurs à risque élevé (6).

Nos expériences s'inscrivent dans ce cadre, limitées par l'absence de tests effectués avant et après. Nous avons quand même pris soin de vérifier de diverses façons les résultats. La diminution d'accidents, l'augmentation des échanges dans le groupe, la détente plus grande ont permis à ces jeunes d'être moins rejetés, mais n'ont pas amené de déblocage spectaculaire dans l'apprentissage scolaire.

En travaillant avec des groupes de mères d'enfants de niveau préscolaire, on a constaté chez eux un déblocage dans la parole ou l'écriture. Peut-être sommes-nous intervenus trop tard ou pas assez longtemps, ou aurions-nous dû développer davantage des techniques introduisant les parents et les enfants dans ces séances? Il serait peut-être avantageux de développer des formules semblables mais hors du cadre scolaire (clubs sociaux ou autres) ?

Vayda (9) pensait que des façons de progresser en prévention était d'exiger des vérifications et d'établir des priorités. Pour ce qui est des vérifications, nous n'avons pu en imaginer qui auraient aussi peu perturbé le déroulement normal de

l'expérience. Quant aux priorités, nous croyons que les besoins primaires de survie se sont trouvés un peu mieux remplis. Il n'y a pas eu de décès accidentel ou "suicidaire" dans nos groupes à risques élevé durant la dernière année, et nous avons constaté une baisse dans la fréquentation des hôpitaux. Ceci n'est pas une mince affaire, vu le chiffre effroyable de décès par accident chez les jeunes au Canada (nombre plus élevé que les décès causés par les six principales maladies ensemble). (7)

Pour ce qui est de contrer le "rejet", le Colloque de Namur (3) en "1974" en signalait l'importance. L'essentiel serait d'enseigner aux enfants à le contrer. En relation avec cela, nous avons observé que tous ceux qui ont fait partie de nos groupes sont restés dans leur foyer et ont continué de fréquenter l'école.

Une action de ce genre ne convient pas à tous les thérapeutes, même elle a avantage à être menée par des thérapeutes poursuivant parallèlement une activité clinique. Certaines personnalités se prêtent mieux à une intervention strictement thérapeutique et sont mal à l'aise d'être soumis aux contraintes et aux pressions du milieu. Mais nous croyons qu'il serait essentiel à toute équipe de santé mentale de consacrer un certain pourcentage de son travail, peut-être 30 à 40%, à des activités préventives, somme toute les plus rentables pour la société mais qui demandent, pour le moment, beaucoup d'imagination et de créativité, et qui doivent s'appuyer sur une solide expérience en thérapeutique.

De plus, la structure plus souple d'un hôpital de dimension moyenne permet,grâce aux contacts personnels faciles, de mettre en place des activités de ce type, lesquelles, dans des hôpitaux plus gros, se verraient indéfiniment retardées par les multiples sous-comités d'approbation, composés souvent de gens qui ne vivent pas l'expérience du traitement en clinique de psychiatrie et ne peuvent pas en pe-

ser les avantages ou les inconvénients. Mais cette situation n'est guère originale. (8)

BIBLIOGRAPHIE

(1) BROUSSARD, Elsie, Neo Natal Prediction and Outcome at 10-11 years, dans Child Psychiatry - Human development, vol. 7 (2), 1976.

(2) BUTTON, Leslie, Developmental Group Work with Adolescents, University of London Press, 1974.

(3) COLLOQUE de NAMUR, Voies nouvelles en prévention, mars 1974, Bruxelles.

(4) FREELING, KISSEL, SURGENT, Parenting for foster parents, dans Child Psychiatry & Human Development, vol. 6 (4), 1976.

(5) HARRISON & DELANO, The Status of Prevention in the education of child psychiatrist, dans Child Psychiatry - Human Development, vol. 7 (1), 1976.

(6) MAHLER, H., Les problèmes que pose une médecine prospère, O.M.S., sept. 1976, Résumé dans L'Information médicale et paramédicale, vol. 3, V, 1977.

(7) M.D. OF CANADA Infant Car Accident, Décembre 1976.

(8) PILISUK, M., Mental Health Mystification & Social Control, American Journal Orthopsychiatry, vol. 45 (3), avril 1975.

(9) VAYDA, E., Programme de prévention et politique, dans Médecine moderne, mars 1977, vol. 32, no 3.

PERSONNES RESSOURCES

DWYER, Janet	Howard Billings High School, Evidence Department, Châteauguay.
D'AMOUR, Huguette	Animatrice, Cours pour Adultes, CEGEP de Valleyfield.
SAUVE, Colette	B.S.S. Clinique de Psychiatrie Jeunesse, centre hospitalier de Valleyfield.
LASALLE, Claudette	Infirmière, Département de santé communautaire, centre hospitalier de Valleyfield.

LA FORMATION DES PARENTS
PREMIER PLAN DE LA PREVENTION

LA FORMATION DES PARENTS
PREMIER PLAN DE LA PREVENTION

Jacques Lalanne m.a.

ORIGINE

Oeuvrant auprès des familles, des enfants et des éducateurs, nous arrivions aux limites de notre intervention. Nous ressentions les mêmes frustrations: "La thérapie rejoint peu de personnes" - "Ceux qui en ont le plus besoin ne viennent pas" - "Nous avons une liste d'attente beaucoup trop considérable" - "Le traitement se fait souvent trop tard" - "IL FAUT prévenir"!

Pour aider vraiment les enfants et les adolescents que nous recevions en consultation, il nous est apparu essentiel d'impliquer les parents qui nous confiaient passivement leurs difficultés familiales. Chez plusieurs parents et plusieurs enseignants, nous constations un usage fréquent de types de communication destructive, un emploi exagéré de formes strictes d'autorité et une confusion face aux nouvelles méthodes d'éducation, formulée souvent par la question "Faut-il être permissif ou restrictif?" - Faut-il employer la rigueur ou la douceur?". Nous souhaitions donner un cours aux parents et aux enseignants, afin de les initier à des formes de communication plus efficace et à des méthodes de discipline coopératives. De cette façon, les parents et les éducateurs pourraient eux-mêmes devenir des thérapeutes, et cette intervention préventive réduirait considérablement le besoin de

thérapie et rendrait notre intervention beaucoup plus fructueuse.

DEFINITION ET OBJECTIFS

Poursuivant nos études et nos recherches, nous avons découvert aux Etats-Unis un programme qui correspondait tout à fait à nos objectifs et avait acquis une expérience considérable auprès de centaines de milliers de personnes. En effet, depuis 1962, des milliers de moniteurs avaient eu l'occasion d'emplover avec succès la "Formation à l'efficacité humaine" de Thomas Gordon. L'originalité de cette formation repose sur une pédagogie appliquée qui permet aux parents d'apprendre des procédés et des méthodes d'intervention auprès de leurs enfants en partant de leurs propres expériences.

Les objectifs de cette formation en relations humaines sont les suivants: amener les parents à considérer leurs enfants comme des personnes distinctes, développer l'autonomie chez les enfants, réduire les formes de communication destructive, favoriser l'écoute et la compréhension, apprendre à communiquer sa satisfaction ou son insatisfaction sans dévaloriser l'enfant, résoudre des conflits de façon mutuellement satisfaisante, éliminer le besoin de punir, prévenir les comportements inacceptables, résoudre constructivement les frictions au sujet des valeurs personnelles.

DESCRIPTION

Après une quinzaine d'années d'évolution, la "Formation à l'efficacité humaine pour les parents" comprend les dix séances suivantes:

1. LES PARENTS SONT DES PERSONNES

Les parents n'ont pas à être constants, à présenter un front commun, à être indéfiniment tolérants, à nier leurs propres besoins.

2. LA COMMUNICATION CONSTRUCTIVE

Comment identifier les obstacles à la communication et éviter les messages qui dévalorisent ou attaquent un enfant.

3. COMMENT ECOUTER POUR QUE LES ENFANTS CONFIENT LEURS PROBLEMES

"L'écoute active", un nouveau procédé pour vraiment comprendre les jeunes.

4. L'APPLICATION DE CES NOUVEAUX PROCEDES

Pratique en groupe et avec l'aide du moniteur.

5. COMMENT PARLER AUX ENFANTS POUR VOIR SES PROPRES BESOINS RESPECTES

Une confrontation efficace qui produit des résultats.

6. L'APPRECIATION, LA COLERE

Comment manifester son appréciation sans risque de flatterie. Identifier et traiter les sentiments et les situations qui donnent naissance à la colère.

7. AUTRES MOYENS DE PREVENIR OU DE CHANGER UN COMPORTEMENT INACCEPTABLE

L'aménagement de l'environnement.

8. LES INEVITABLES CONFLITS: QUI DEVRAIT GAGNER?

Eviter les épreuves de force, les luttes pour le pouvoir.

9. LA METHODE SANS PERDANT

Comment cette approche évite la rébellion et la rancune.

10. EVITER D'ETRE CONGEDIE PAR SES ENFANTS

Comment être un bon conseiller pour que vos enfants soient réceptifs à vos suggestions.

Ce cours pratique revêt la forme d'un laboratoire de communication où, en groupe de 15 à 20 parents, ceux-ci discutent à l'aide d'exemples concrets qu'ils ont eux-mêmes vécus, sont familiarisés avec de nouveaux procédés que le moniteur démontre et participent à plusieurs exercices où ils pratiquent ces méthodes sous forme de jeu d'acteur, d'exercice d'équipe ou en paire. Les dix séances de trois heures ont lieu à intervalles d'une semaine, pour permettre entre temps une application de chaque procédé et un retour sur cette expérience lors de la rencontre suivante. Après cette série de dix semaines, une formation est aussi offerte à ceux qui sentent le besoin d'approfondir et de pratiquer cette approche. Dans cette nouvelle étape, les participants sont appelés à regarder leur dynamique de changement tant du côté de leur adhésion que de leur résistance. Cette relance peut aussi comprendre des expériences de développement personnel. Pour d'autres participants, elle peut revêtir la forme de consultation conjugale ou familiale ou individuelle. De

plus, chaque participant recoit le livre "Parents efficaces" et un carnet d'exercices écrits, où ils appliquent les procédés appris dans le groupe de formation aux situations vécues dans le quotidien.

EXPERIENCE

Après un démarrage lent en 1972, un nombre croissant de parents a profité de cette formation. La publication en français du livre "Parents efficaces" a fait connaître ce programme à plus grande échelle au Québec et, durant l'année 1977-1978, environ 5 000 parents ont participé à cette formation. La formation est offerte par des centres de services sociaux, des institutions, des instituts de formation, mais surtout par l'éducation permanente des commissions scolaires.

L'âge des parents varie considérablement, avec une moyenne qui se situe dans la trentaine. Environ les deux tiers des participants sont des femmes; même si nous suggérons fortement aux parents de venir en couple, peu d'hommes consentent à y accompagner leur femme. Les parents y viennent pour des motifs divers: rétablir une relation brisée avec leur enfant, mieux s'adapter aux changement de l'adolescence, poursuivre une relation déjà bien engagée, s'initier aux nouvelles méthodes d'éducation, et. Ont participé à cette formation des parents de toutes les couches sociales.

Les moniteurs proviennent habituellement des diverses professions des sciences humaines: psychologues, travailleurs sociaux, conseillers d'orientation,animateurs pédagogiques et communautaires. Ces moniteurs ont d'abord suivi eux-mêmes la for-

mation à titre de participants et ont, par la suite, suivi une formation de moniteurs et ont eu l'occasion de participer à des rencontres de supervision et de relance.

Nous ne parlerons ici que de notre expérience auprès des parents, bien que nous donnions le cours de formation à l'efficacité humaine à des enseignants, des cadres, des consultants et des adolescents. Le tronc commun de ces programmes utilise la même approche; les activités et les modules de travail sont cependant adaptés aux besoins et aux intérêts de chacune de ces clientèles.

OBSERVATIONS

Les parents font une évaluation très attentive de cette formation. Pour la première fois, ils participent activement à une formation qui traite de leurs expériences quotidiennes, leur donne des démonstrations concrètes et leur fournit l'occasion de pratiquer de nouveaux procédés sous la supervision du moniteur. Comme procédés d'apprentissage, ils apprécient beaucoup le jeu d'acteur et la discussion de cas. Leur expérience de parents se trouve transformée: ils se sentent soulagés de voir qu'ils ne sont pas les seuls à vivre des problèmes avec leurs enfants; ils se sentent aussi déchargés du fardeau de tels problèmes lorsqu'ils apprennent comment aider leurs enfants à assumer leurs propres responsabilités; ils commandent, conseillent et menacent beaucoup moins; ils écoutent davantage leurs enfants et ceux-ci leur font faire d'étonnantes découvertes. Ils acceptent plus facilement leurs différences de valeurs et d'opinions et règlent plus aisément les conflits sur une base d'entente mutuelle. Les coutumiers du laissez-faire éprouvent autant

de difficultés que les autoritaires à tenter l'approche sans perdant. Cette évolution s'opère à différents degrés, selon l'engagement et la motivation des participants.

RECHERCHE

Les conclusions de plusieurs thèses sont très positives et indiquent des résultats supérieurs à ceux d'autres programmes de formation pour les parents. Ceux-ci montrent une plus grande confiance en leur capacité d'éduquer leurs enfants, une diminution de leur anxiété, une meilleure image d'eux-mêmes, une communication plus claire, une réduction des obstacles à la communication, une augmentation des messages d'aide, une confiance accrue envers leurs enfants, plus de considération, d'acceptation et de compréhension, plus d'empathie et de révélation de soi, une réduction des punitions, une attitude plus démocratique et une baisse de l'autorité et du dogmatisme.

Leurs enfants manifestent aussi des changements marqués. Ils décrivent leurs parents comme plus chaleureux, plus compréhensifs, plus à l'écoute, moins distants, plus "permissifs", moins punitifs, moins culpabilisants et plus attentifs aux actes posés par leurs enfants. Ceux-ci apprécient davantage leurs parents et les aiment plus, et ils se sentent mieux acceptés et aimés tels qu'ils sont; ils ressentent une plus grande liberté d'expression; leur estime d'eux-mêmes va croissant, leurs résultats scolaires s'améliorent et leurs comportements destructifs diminuent. Ils acceptent mieux leurs parents et ils comprennent plus clairement leurs réactions.

EXPERIENCE

Notre expérience en application de ce programme dans un tel milieu nous amène à conclure qu'aucune modification n'est nécessaire pour l'employer chez nous. Nous avons eu l'occasion de travailler dans plusieurs pays francophones utilisant la même approche et nous avons constaté qu'elle rejoint les préoccupations fondamentales de tous les parents et, disons même, de toutes les personnes.

Les moniteurs, les monitrices qui travaillent avec des groupes en tirent une grande satisfaction car ils voient, au cours des semaines, la transformation sensible de l'attitude des parents. Ils ont aussi la joie de leur apprendre des procédés qui étaient autrefois réservés aux seuls professionnels. Plusieurs sont très heureux d'avoir trouvé une pédagogie populaire qui leur permet de combler le fossé qui existe entre eux et les consultants. Nous sommes souvent étonné des changements thérapeutiques considérables qu'une telle expérience éducative produit.

Nous avons constaté, au cours de la formation, qu'il est très important de prévenir et de traiter les réactions de culpabilité paralysante de certains parents. Nous sommes désolés de voir que, dans plusieurs familles, les hommes ne participent pas à cette formation, alors que nous savons pertinemment que s'ils connaissaient le contenu et le déroulement de ces rencontres, ils seraient intéressés à y prendre part. Nous nous demandons sérieusement s'il n'y aurait pas lieu de rendre systématique les rencontres de relance qui permettraient de consolider chez les parents l'apprentissage qu'ils ont fait durant dix semaines. Nous sommes déçus de voir que certains ont créé des programmes imitant cette formation, mais dont l'approche se révèle incomplète parce qu'ils n'ont pas accès aux nouveaux développements de tels

programmes. Comme modifications récentes, notons l'organisation du temps qualitatif, les messages d'appréciation positive, le traitement plus approfondi des collisions de valeurs, en particulier pour les parents d'adolescents, et une attention spéciale à la communication non verbale, surtout pour les parents de très jeunes enfants.

Chez les moniteurs, nous avons remarqué une attention particulière aux méthodes de travail qui regardent l'écoute et l'acceptation, vu leur formation antérieure comme agents d'aide. Cependant, on note une nécessité d'approfondir les procédés utiles pour affirmer ses propres besoins, manifester son insatisfaction et résoudre un conflit de façon mutuellement satisfaisante.

REFERENCES

Ouvrages fondamentaux:

GORDON, Thomas; Parents efficaces, Québec, Institut de développement humain, Montréal, Les Editions du Jour, 1977.

GORDON, Thomas, Etre enseignant et être soi-même, Québec, Institut de développement humain, Montréal, Les Editions du Jour, 1978.

GORDON, Thomas, P.e.t. in action, New York, Wyden, 1976.

Travaux de recherches:

ANDELIN, Sterling, The effects of concurrently teaching parents and their children with learning adjustment problems the principles of parent effectiveness training (Ph.D. dissertation), Utah State University, Logan, Utah, 1975.

CALDWELL BROWN, Catherine, It changed my life, parent training courses, dans Psychology Today, Nov. 1976, p. 47 ss.

GARCIA, Julian, Preventive programs in parent education: A study of P.e.t., M.S.W. research project, University of Southern California, 1971.

HANLEY, Donald Francis, Changes in parent attitude related to a parent effectiveness training and a family enrichment program (Ph. D. dissertation), United States International University, California, 1973.

HAYNES, Sheila, Altering parental attitudes toward child-rearing practices using parent education groups, Research study; Boston University, 1972.

KILBURN, K.L., E. GERARD and E. RAY, P.e.t. program evaluation in Porterville state hospital, 1971.

KNIGHT, Nancy Allen, The effects of changes in family interpersonal relationships on the behavior of enuretic children and their parents (Ed.D. dissertation), University of Hawaii, 1974.

KNOWLES, Lois, Evaluation of P.E.T.: Does improved communication result in better understanding?, Chico State College, California.

LARSON, Roland S., Can parent classes affect family communications?, dans The School Counselor, March, 1972, Youth Research Center, Minneapolis, Minnesota.

LILLIBRIDGE, Michael, The relationship of a P.E.T. program to change in parent's self-assessed attitudes and children's perceptions of parents (Ph. D. thesis), United States International University, San Diego, California, 1971.

MORITH, Edmund D., The acquisition of empathic communication skills through the active listening training in Thomas Gordon's parent effectiveness training (Ph. D. dissertation), University of Montana, 1976.

PETERSON, Barbara, Parent effectiveness training and change in parental attitudes (summary), University of Santa Clare, California.

PIERCY, Fred and Donald BRUSH, Effects of P.E.T. on empathi and self-disclosure (summary), Mental Hygiene Consultation Service, Fort Benning, Georgia, 1971 .

SCHMITZ, Kenneth P., A study of the relationship of P. . . to changes in parents' self-assessed attitudes and behavior in a rural population (Ed. D. dissertation), University of South Dakota, 1975.

STEARN, Marshall, The relationship of P.E.T. to parent attitudes, parent behavior and child self-esteem (Ph.D. dissertation), United Sta-

tes International University, California, 1970.

WILLENSON, David and Sandra BISGAARD, P.E.T. for psychiatric technicians in state institutions for the mentally retarded, Brainerd State Hospital, Minnesota, 1970.

WILLIAMS, Ben F. and Beverly SANDERS, A comparative study of the relative effectiveness of P.E.T. and a program of behavior modification, Alamance County, North Carolina, 1973.

AUNKST-DEWALD, Mary, The impact of teaching Gordons's parent effectiveness to volunteer girl scout leaders: A buffer for bedlam (Master Thesis), Seton Hall University, South Orange, New Jersey, 1976.

SCHOFIELD, Rodney Gene, A comparison of two parent education programs: Parent effectiveness training and behavior modification, and their effects of the child's self-esteem (Ph. D. dissertation), University of Northern Colorado, Greeley, Colorado, 1976.

BIBLIOGRAPHIE - PREVENTION

BIBLIOGRAPHIE - PREVENTION

I- THEORIE

1. Formation en prévention

BYLES, J.A., Evaluation of a Training Program for Leaders of Community Self-Help Groups, dans le Travailleur social, 1972, 40 (2), pp. 100-106.

CASTONGUAY, C., L'orientation des politiques de santé au Québec et l'enseignement médical, dans La vie médicale au Canada français, 1974, 3 (5), pp. 455-463.

COLEMAN, J. et al., A Teaching Program in Public Health Psychiatry, dans Public Health Reports, 1965, 80, pp. 837-839.

G.A.P. Commitee on Preventive Psychiatry Training and Education In Community Psychiatry - G.A.P. Reports and Symposiums, 6 (69), 1968, pp. 877-882.

ISCOE, I. et SPIELBERGER, C., Community Psychology: Perspectives in Training and Research, New York, Appleton, 1970.

PAGE, M. et PRATT, M., Community Laboratory: An Innovation in Higher Education, dans Journal of Education for Social Work, 1973, 9 (3), pp. 45-50.

ROSENBLUM, G., Advanced Training in Community Psychology: The Role of Training in Community Systems, dans Community Mental Health Journal, 1973, 9 (1), pp. 63-67.

ROSENBLUM, G., et HASSOL, L., Training for New Mental Health Roles, dans Mental Hygiene, 1968, 52 (1), pp. 81-86.

WOHLWILL, J., The Emerging Discipline of Environmental Psychology, dans American Psychologist, 1970, 25 (4), pp. 303-312.

2. Définitions de la prévention

BROTMAN, R., et SUFFET, F., The Concept of Prevention and Its Limitations, dans The Annals of the American Academy of Political and Social Science, janvier 1975, 417, pp. 53-65.

KAHN, A.J. Therapy, Prevention and Developmental Provision: A Social Work Strategy, dans Public Health Concepts in Social Work Education, N.Y., CSWE, 1962, pp. 132-148.

KINDALL, K., Focus on Prevention and Development: New opportunities for Social Work Education, dans A Developmental Outlook for Social Work Education, pp. 19-33, New York: International Association of Schools of Social Work, 1974.

LIEGEOIS, J.P., Idéologie et pratique du travail social de prévention, Paris, Privat, 1977.

PECK, H. et al., Prevention, Treatment, and Social Action: A Stra-

tegy of Intervention in a Disadvantaged Urban Area, dans Bindman A., et Spiegel A., dans Perspectives in Community Mental Health, pp. 490-502, Chicago, Aldine Publishing Co., 1969.

POSER, E., Toward a Theory of Behavioral Prophylaxis, dans Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1970, 1, pp. 39-43.

SIMARD, P., Pathologie, conflit, prévention, révolution, dans Intervention, printemps 1970, pp. 7-12.

---- Concepts of Prevention and Control: Their Use in the Social Work Curriculum, New York, Council of Social Work Education, 1961.

3. Prérequis à la formation

A- SYSTEME

BERTALANFFY, L.V., General System Theory: Foundations, Development, Applications, New York, Braziller, 1968.

GOLDSTEIN, H., Some critical Observations on the Relevance of Social Systems Theory for Social Work Practice, dans Revue canadienne d'éducation en service social, 1975, 1 (3), pp. 13-23.

HOFFMANN, L. et LONG, L., A system Dilemna, dans Family Process, 1969, 8, pp. 211-234.

JACKSON, D., The Individual and Larger Contexts, dans Family Process, 1967, 6 (2), pp. 139-147.

JANSKIN, M., System Concepts in Casework Theory and Practice, dans Social Casework, 1969, 50 (2), pp. 74-82.

B- INDIVIDU

JAHODA, M., Current Concepts of Positive Mental Health, New York, Basic Books, 1968.

MINUCHIN, S., Le recours à un cadre écologique en psychiatrie infantile, dans Anthony E., et Koupernik C., (eds.) L'enfant dans la famille, pp. 36-52, Paris, Masson, 1970.

MURPHY, L., Preventive Implications of Development in the Preschool Years, dans Capian G., (ed), Prevention of Mental Disorders in Children, pp. 218-259, New York, Basic Books, 1961.

NEUGARTEN, B., The Psychology of the Life Cycle, dans Neugarten B., (ed) Middle Age and Aging, pp. 73-156, Chicago, University of Chicago Press, 1968, 598 p.

SMITH, G., Critical Life-Events and Prevention Strategies in Mental Health, dans Archives of General Psychiatry, 1971, 25 (2), pp. 103-109.

SOLOMON, M., La théorie des systèmes transactionnels en psychiatrie infantile. Sa perspective dans la considération des frontiè-

res pédopsychiatriques, dans L'Information Psychiatrique, 1974, 50 (10), pp. 1025-1031.

C- FAMILLE

ANTHONY, E. Un modèle hypothétique d'étude des familles, dans Anthony,E et Koupernik C., L'enfant dans la famille, vol. 2, pp. 3-24, Paris, Masson, 1974.

CHAGOYA, L., Dynamique familiale normale et pathologique, dans Interprétation, 1971, 5 (4), pp. 7-18.

DUVALL, E., Family Development, Philadelphia, Lippincott, 1967.

LIDZ, T.,The family and human Adaptation, New York, International Universities Press, 1963.

ROSSI, A., Family Development in a Changing World, dans American Journal of Psychiatry, 1972, 128, 1057-1066.

LASSWELL M.,et LASSELL, T., Love, Marriage, Family: A Developmental Approach, Glenview, Ill., Scott, Foresman and Co. 1973,555 p.

D- COMMUNAUTE

KLEIN, D., Community Dynamics and Mental Health, New York: John Wiley and Sons, 1969.

KLEIN, D., The community and mental Health: An Attempt at a Concep-

tual Framework, dans Bindman A. et Spiegel A., Perspectives in Community Mental Health, pp. 82-92, Chicago, Aldine Publishing Co., 1969.

MEENAGHAN, T., What Means Community? Dans Social Work, 1972, 17 (6), pp. 94-100.

MEISTER, A., La notion de de communauté locale, dans Particination, Animation et Développement, pp. 220-227, Paris, anthropos, 1969.

REGISTER, D., Community Mental Health - for whose community?,dans American Journal Public Health, 1974, 64 (9), pp. 886-894.

E- CRISE

EASTHAM, K.,et al., The concept of crisis, dans Canadian Psychiatrits Association Journal, 1970, 15 (5), pp. 463-472.

GOLAN, N., When is a Client in Crisis?, dans Social Casework, 1969, 50 (7), pp. 389-394.

PARAD, H.,et CAPLAN, G., A framework for Studying families in Crisis, dans Social Work, 1960, 5 (3), pp. 3-15.

SMITH, W., Critical Life- Events and Prevention Strategies in Mental Health, dans Archives of General Psychiatry, 1971, 25(2), pp. 103-109.

F- CHANGEMENT PLANIFIE

BENNIS, W., et al., The Planning of Change, New York, Holt, Rinehart et Winston, 1969.

FISCHER, J., A Framework for the Analysis and Comparaison of Clinical Theories of Induced Change, dans Social Service Review, 1971, 45 (4), pp. 440-454.

FORD, D., et URBAN, H., Systems of Psychotherapy, New York, Wiley and Son, 1963.

LIPPITT, R., et al., The Dynamics of Planned Change, New York, Harcourt, Brace and World, 1958.

PINCUS, A., et MINAHAN, A., Social Work Practice: Model and Method, Itasca, Ill, Peacock Publishers, 1973, 355 pages.

TESSIER, R., (ed) Changement planifié et développement des organisations: théorie et pratique, Paris, Epi et Montréal, Editions de l'IFG, 1973.

---- Planification et coordination dans la prévention, dans Revue Internationale de l'Enfant, 31 (1-2), 1967.

4. Prévention: Politique, services et situation québécoise

BROSKOWSKI, A., et BAKER, F., Professional, Organizational, and Social Barriers to Primary Prevention, dans American Journal of Or-

thopsychiatry, 1974, 44 (5), pp. 707-719.

BRUNEAU, T., et al., Expérience d'un travail d'équipe en service social de prévention, Paris, les Editions ESF (Coll. Travailleurs sociaux), 1970, 220 p.

CANONNE, F., Réformes et prévention en santé mentale: Une aventure à poursuivre, dans Cahiers pédopsychiatriques, 1975, 3, pp. 93-106.

FOLEY, A., et GORHAM, P., Toward a New Philosophy of Care: Perspectives on Prevention, dans Community Mental Health Journal, 1973, 9 (2), pp. 99-107.

GOTTLIEB, B.H., Examen approfondi du rôle préventif possible des services de consultation en hygiène mentale, dans Hygiène mentale au Canada, 1974, 22 (4), pp. 5-7.

HARTFORD, R., The Voluntary Mental Health Associations: An innovator of Services, dans Mental Hygiene, 1970, 54 (1), pp. 97-100.

LENOIR, R., Pour une politique de prévention, dans Revue française des Affaires sociales, 1972, 3, pp. 53-63.

RIESSMAN, F., et HALLOWITZ, E., The Neighborhood Service Center: An Innovation in Preventive Psychiatry, dans American Journal of Psychiatry, 1967, 123, pp. 1408-1412.

ROGER, J., Perspectives et prospectives de la prévention dans le cadre d'une politique de bien-être social, dans Sauvegarde de

l'Enfance, 1969, 24, pp. 457-465.

SPECHT, H., Casework Parctice and Social Policy Formulation, dans Social Work, 1968, 13 (1), pp. 42-52.

Les documents suivants du ministère des Affaires sociales du Québec

- Orientations générales en santé communautaire, 1973.
- Les services à l'enfance - Mémoire de programmes, 1973.
- La prévention dans le domaine de la santé mentale, 1973.
- Départements de santé communautaire: soins préventifs, 1973.
- Les centres locaux de services communautaires, 1972.
- La périnatalité, 1973.

5. Evaluation et orientation de l'intervention

CHAGOYA, L., et GUTTMAN, H., Guide pour évaluer le fonctionnement de la famille, Montréal, 1971, ronéo, Jewish General Hospital.

GEISMAR, L., Family and Community Functioning - A manual of measurement for Social Work Practice and Policy, Metuchen, N.J., Scarecrow Press, 1971, 215 p.

KADUSHIN, P., Toward a Family Diagnostic System, dans The Family Coordinator, 1971, 20 (3), pp. 279-290.

SIPORIN, M., Situational Assessment and Intervention, dans Social Casework, 52 (2), 1972, pp. 91-109.

WARREN, R., Studying your community, New York, Free Press, 1969.

ZWEIG, F., et MORRIS, R., The Social Planning Design Guide, dans Lerman P1 Delinquency And Social Policy, pp. 447-456, New York, Praeger, 1970.

6. Bibliographies

BLOSTEIN, S., L'Hygiène mentale préventive: bibliographie annotée,dans Supplément no. 61 à Hygiène Mentale au Canada, mai-août 69.

BOLMAN, W., Preventive Psychiatry for the family: Theory, Approaches and Programs, dans American Journal of Psychiatry, 1968, 125, pp. 458-472.

DANIELS, L., The Prevention of Juvenile Delinquency, U.S. Dept of Health, Education and Welfare, 1969.

DE NEUTER, P., Les groupes de parents. Une bibliographie internationale indexée: 1966-1973, dans La Psychiatrie de l'Enfant, 1974, 17 (2), pp. 655-672.

GOLANN, S., Coordinate Index Reference Guide to community mental Health, Behavioral Publications, 1967.

MANNINO, F., Consultation in Mental Health and Related Fields: a reference guide, Washington, NIMH, 1969.

SOBEY, F., Volunteer Services in Mental Health. An annotated bibliography, Washington, NIMH, 1969.

VACKER, C., The Comprehensive Community Mental Health Center: An annoted bibliography, Washington, NIMH, 1969.

---- La Prévention, C.Q.E.E. - C.I.E.A.I., 1974, no. 1, Montréal, Hôpital Sainte-Justine.

---- Mental Health and Social Change: An annotated bibliography, Washington, National Institute of Mental Health, 1972.

---- Pollution: Its impact on Mental Health: An annotated bibliography, National Institute on Mental Health, 1973.

---- Prévention des troubles mentaux, de l'inadaptation scolaire, de la délinquance et de la toxicomanie, dans Courrier du Centre International de l'Enfance, 1973, 23 (?), pp. 142-143.

---- Training of Public Health Personnel, U.S. Departement of Health, Education and Welfare, 1968.

II- EXPERIENCES

ALMERAS, J., La surveillance sanitaire préventive des enfants, dans Le Concours médical, Paris, 1973, pp. 3176-3179.

AUBIN, B. et al., Dépistage précoce et traitement préventif de l'inadaptation scolaire, dans Revue de neuropsychiatrie infantile, 1971, 19, pp. 323-335.

AUSTIN, D., Poverty and Organizations of the Poor, dans Encyclopedia of Social Work, 1971, 16, pp. 906-915, New York, National Association of Social Workers.

AYRES, A., Neighborhood Services: People Caring for People, dans Social Casework, 1973, 54 (4), pp. 195-215.

BABCHUCK, N., et GORDON, W., The Voluntary Association in the Slum, Nebraska: University of Nebraska Studies, 1962.

BADGER, E., A mothers' Training Program - the Road to a Purposeful existence, dans Children, 1971, 18 (5), pp. 168-173.

BARISH, H., Self-Help Groups, dans Encyclopedia of Social Work, Vol. 16, pp. 1163-1169, New York, NASW, 1971.

BARR, S., The Social Agency as a Disseminator of Information, dans Weissman, H., Individual and Groups Services, pp. 54-61,N.Y.: Association Press, 1969.

BARTLETT, R., Enabling Community responsibility in Mental Health, dans Le Travailleur social, 1968, 36 (2), pp. 107-113.

BELANGER, R., Vinaigre ou miel: comment éduquer son enfant, Ottawa, 1974.

BELZILE, L., et al., Une expérience de travail avec des étudiants bénévoles, dans Intervention, 1972, 37, pp. 24-26.

BENDER, E., The Citizen as Emotional Activist: An Appraisal of self-help groups in North America, dans Canada's mental Health,

1971, 19 (2), pp. 3-7.

BERGER, R., Le rôle de la famille, de l'école et des services médico-sociaux dans la prévention de la drogue, dans Revue internationale de l'Enfant, 1975, no. 27, pp. 16-26.

BERGER, R., L'Office de la jeunesse de Genève comme instrument de prévention, dans Revue Internationale de criminologie et de Police Technique, 1973, 26 (1), pp. 71- 76.

BOIVIN, C., L'heure des petits: rapport d'évaluation, Montréal, Le service social du Bon-Conseil, 1969.

BOYD, E., Teaching Interpersonal Communication to troubled families, dans Families Process, 1974, 13 (3), pp. 317-336.

BRICKMAN, H., Mental Health and Social Change: An Ecological Perspective, dans American Journal of Psychiatry, 1970, 127 (4), pp. 413-419.

BROUTSCHERT, S., L'Education sanitaire, dans Informations sociales, 1973, nos 5-6, pp. 2-107.

CAOUETTE, C., La prévention des échecs scolaires dans les milieux défavorisés, dans L'Enfant exceptionnel, 1968, 4 (2), pp. 9-15.

CAPLAN, G., The Theory and Practice of Mental Health consultation, New York, Basic Books, 1970.

CAPLAN, G., Types of Mental Health Consultation, dans American Journal of Orthopsychiatry, 1963, 33, pp. 470-481.

CARDYNN, L.J., et al., Education sexuelle: concepts et plans de cours, Montréal, Les Editions HRW, 1975.

CHILMAN, C., et KRAFT, I., Helping Low-Income Families. Part I:Through Parent Education groups, dans Children, 1963, 10 (4), p.127-131.

CHOQUETTE, G., Rôle des média d'information et des centres de médecine préventive, dans Le Médecin du Québec, 1973, 8 (5), pp. 34-37.

CLARCK, J., et KEMPLER, H., Therapeutic Family Camping: A rationale, dans The family Coordinator, 1973, 22 (4), pp. 437-442.

COLLINS, A., et PANCOAST, D., Natural Helping Networks: A Strategy for Prevention, Washington, National Association of Social Workers, 1976.

CUMMING, E., Problèmes non solutionnés de prévention, dans Hygiène mentale au Canada, supp. no. 56, janvier-juin 1968.

DE ROSIS, H., Parent Power, Child Power, New York, Mc Graw, Hill, 1974, 237 pp.

DIATKINE, R., et COPPEL, L., L'hygiène mentale de l'enfant et de l'école en 1971, dans Revue de Pédiatrie, 1971, 7, pp. 299-302.

DORON, G., Clinical Illustrations of Preventive Group Analysis at a Maternity Welfare Clinic Level, dans Group Analysis (G.B.) 1973, 6 (3), pp. 156-159.

EDERSTEIN, R., Early Intervention in the Poverty Cycle, dans Social Casework, 1972, 53 (7), pp. 418-421.

FLAVIGNY, H., Utilisation des movens d'information de masse en prévention, dans Revue de neuropsychiatrie infantile, 1969, 117-224.

FREEMAN, D., Counseling Engaged Couples in Small Groups, dans Social Work 1965, 10, pp. 36-42.

FRIEDMAN F.P., Aide-enseignant, une nouvelle carrière pour les personnes défavorisées, dans Prospectives, 1972, 8 (2), pp. 99-107.

GEISMAR, L., et LA SORTE, M., Understanding the Multi-Problem Family: A Conceptual Analysis and Exploration in Early identification, New York, Association Press, 1964.

GINNOTT, H., Les relations parents-enfants, Tournai, Casterman, 1969.

GINNOTT, H., Entre parents et adolescents, Paris, Laffont, 1970.

GIRARD-GAREAU, D., et al., Le service de consultation pré-maritale pour adolescents, dans Intervention, automne 1971, no. 35, pp. 6-10.

GIROUX, J. et PAYETTE, P., La prévention, dans Psychologie et hygiène mentale, pp. 135-145, Ottawa, Editions du Renouveau Pédagogique, 1963.

GLASSER, L., Family Services: Family Life and Sex Education, dans Encyclopedia of Social Work, pp. 386-393, New York, National Association of Social Workers, 1971, 16.

GORDON, T., Parents efficaces: une méthode de formation à des relations humaines sans perdant, Montréal, Editions du Jour, 1976.

GRAY, S., et RUPERT, K., An Experimental Preschool Program for Culturally Deprived Children, dans Child Development, 1965, 36 (4), pp. 887-898.

GRIFFITH, W., et KNUTSON, A., The Role of Mass Media in Public Health, dans American Journal Public Health, 1960, 50, pp. 515-523.

GUERNEY, B., (ed) Psychotherapeutic Agents: New Roles for Non-Professionals, Parents and Teachers, New York, Holt Rinehart et Winston, 1969.

GULDNER, C.A., The Post-Marital: An alternate to pre-marital counseling, dans Family Coordinator, 1971, 20 (2), pp. 115-120.

HACKLER, J., Are people in Ghettoes really apathetic?, dans Le travailleur social, 1970, 38 (3), pp. 5-7.

HICKMAN, M., et BLADWIN, B., Use of Programmed Instruction to Improve communication in Marriage, dans Family Coordinator, 1971, pp. 121-125.

JOHNSON, C., et KATZ, R., Using Parents as Change Agents for their Children: a review, dans Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1973, 14, pp. 181-200.

KATAN, Y., The Utilization of Indigenous Workers in Human Service Organizations, dans Hasenfeld Y. et English R. (eds) Human

Service Organizations, pp. 448-467, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1974.

KATZ, A.H., Self-Help Groups, dans Social Work, 1972, 17 (6),pp. 120-121.

KNOX, D., et Patrick, J., You are What you do: A new approach in preparation for marriage, dans The Family Coordinator, 1971, 20, pp. 109-114.

LABBE, M., Le Troisième Age et la prévention de l'isolement, dans Gérontologie, 1973, no. 22.

LANDIBAUM, A., A communication workshop for Parents, dans Hospital Community Psychiatry, 1972, pp. 122-123.

LAPOUSE, R., Problems in Studying the Prevalence of Psychiatric Disorders, dans American Journal of Public Health, 1967, 57, pp. 947-954.

LAROCHE, B., et al., Projet pilote de travail de collaboration entre le service de police de la ville de Montréal (poste 15) et l'hôpital Jewish General, dans Laval Médical, 1971, 42 (1), pp. 60-65.

LE RICHE, H., What is Preventive Medecine, dans Canadian Family Physician, 1972, 18 (8), pp. 86-95.

LEIBOVITCH, P., Innovation: A mental health program in a school system, dans Le Travailleur social, 1970, 32 (2), pp. 5-10.

LESEMAN, F., A propos de la culture de pauvreté, dans Intervention, 1970, 28, pp. 3-14.

LIBERMAN, R., Police as a community mental Health Resource, dans Community Mental Health Journal, 1969, 5, pp. 172-179.

LONG, N., Information and Peferral Services: A short history and some recommandations, dans Social Service Review, 1973, 47 (1), pp. 49-62.

MARINEAU, D.,Projet de prévention spécifique et criminologie, 1971, 13 (3), pp. 233-250.

MARSAN, A., L'Environnement: pour ou contre l'homme?, dans Intervention, été 1972, 38, pp. 4-9.

PAPP, P.,et al., Family Sculpting as a preventive work with well families, dans Family Process, 1973, 12 (?), pp. 197-212.

PASCAL, P.,et STREIT, F., A study of the credibility factor in drug Education Programs, dans Journal of Drug Education, 1972, 2 (4), pp. 391-394.

PATTERSON, G.,et GULLION, M., Comment vivre avec les enfants, Montréal, Les Editions de la Presse, 1974.

PEARL, A., et RIESSMANN, F., New Careers for the Poor, New York, Free Press, 1965.

PELL, A., Recruiting, Training and Motivating Volunteer Workers, New York, Pilot Books, 1972.

PISSARO, B., Méconnaissance de la dyslexie: vers une politique de prévention, dans Revue d'hygiène et de médecine scolaire et universitaire, 1969, 22 (4), pp. 207-219.

PRINCE, R.H.,et al., Abbreviated techniques for Assessing Mental Health in Interview Surveys: an Example from Central Montreal, dans Laval médical, 1967, 38, pp. 58-62.

PRUDHOMMEAU, Dépistage et prévention des inadaptations scolaires, Paris, Editions sociales Françaises, 1971.

RADIN, N., Child Welfare: Preschool Programs, dans Encyclopedia of Social Work, pp. 128-139, New York, National Association of Social Workers, vol. 16, 1971.

RAPOPORT, L., Consultation in Social Work, dans Encyclopedia of Social Work, New York, NASW, 1971, vol. 16, pp. 156-161.

RICHER, S., Pédopsychiatrie préventive et dépistage précoce: Intervention thérapeutique au cours de l'orientation du nourrissage d'un bébé de trois mois, dans Cahiers pédopsychiatriques, 1974, 2, pp. 49-68.

RIGAL, P., Prévention et santé mentale au niveau pré-scolaire, dans Prospectives, 1976, 12 (1), pp. 29-44.

ROBERTS, R., Some impressions of Mental Health Consultation in a Poverty Area, dans Social Casework, 1968, 49 (6), pp. 339-345.

ROBINSON, S., Why Juvenile Delinquency Preventive Programs are ineffec-

tive, dans Federal Probation, 1961, 4, pp. 39-41.

SIGNEL, K.A., Kindergarten Entry: A Preventive Approach to Community Mental Health, dans Community Mental Health Journal, 1972, 8 (1), pp. 60-70.

SIROIS, F., A propos du taux de schizophrénie chez les Canadiens français et chez les Canadiens anglais, dans La Vie médicale au Canada francais, 1973, 2 (6), pp. 523-528.

SKIDMORE, C.,et SCHVANEDELT, J., Reaching the Community through a Family Life conference, dans The Family Coordinator, 1973, 22 (4), pp. 465-471.

SLAWSON, M.,et al., Community Involvement in Prevention and Control of Drug Abuse, dans Journal of Drug Education, 1972, 2 (2), pp. 139-147.

SOULE, M., La prévention en santé mentale, dans Cahiers pédopsychiatriques, 1975, no. 4, pp. 49-61.

SPERGEL, I.A., Community-Based Delinquency-Prevention Programs; An overview, dans Social Service Review, 1973, 47,pp. 16-31.

TROST, M.A., The Preventive Role of Social Work in a School Setting, dans Child Welfare, 1968, 47 (7), pp. 397-404.

VAN ZOOST, B., Premarital Communication Skills: Education with University Students, dans The Family Coordinator, 1973, 22 (2), pp. 187-192.

WEAVER, S. et TENNANT, F., Effectiveness of Drug Education Programs for Secondary School Students, dans American Journal of Psychiatry, 1973, 130 (7), pp. 812-817.

WEISS, R.S., The Contributions of an Organization of Single Parents to the well-being of its members, dans Family Coordinator, 1973, 22 (3), pp. 321-326.

------ Improving Communication in Marriage, Chicago, Human Development Institute, 1971.

------ Dossier: Le Bénévolat (no. spécial), Education et société, 1975, 6 (5).

------ Les besoins réels du grand public en matière d'information médicale et sanitaire, Paris, Notes et Etudes documentaires, 1973, nos 4034-4036.

------ L'Education à la vie familiale et les média d'information. Ottawa, Institut Vanier de la Famille, 1971.

------ Dossier: L'Education sexuelle à l'école (no. spécial), Education et société, 1975, 6 (6).

------ Numéro spécial sur la prévention spécialisée, Revue de neuro-

psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, octobre-novembre 1976.

------ Prévention de la cécité: rapport d'un groupe de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1973, 19 p.

------ Programme de sensibilisation à la vie familiale, Montréal, Association canadienne pour la santé mentale, 1971.

Cet ouvrage est destiné à ceux qui désirent promouvoir la santé mentale et recherchent des modèles concrets d'action préventive applicables au Québec. On y trouvera la description d'expériences de prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents en milieu québécois.

Les réalisations présentées ici sont le fait de particuliers et de petites équipes, et elles témoignent d'activités qui s'insèrent normalement dans le travail quotidien des personnes exerçant une activité préventive, le plus souvent à titre individuel même si elles travaillent dans le cadre de services formés par de nombreux individus.

«La prévention en santé mentale dans les services humains fera vraiment son chemin quand ceux qui y sont en contact direct avec la clientèle commenceront vraiment à savoir ce qu'eux peuvent faire pour l'actualiser». (Dr Laurent Houde, m.d.)

Imprimé au Québec (Canada)